

کتابخانه آصفیه سرکار عالی حیدرآباد دکن

شماره ۱۳۵۲۲ - ۵۰۱

تاریخ داخدا

وسائل الاستیلاج

نام کتاب

طب

فرق کتاب

مجله کتاب در فن مذکور

۹۹

• فهرسة الجزء الثاني من وسائل الابهتاج •

المقالة الثانية في أمراض الجهاز الهضمي	صحيفة
الفصل الاول في امراض القم	٢
المبحث الاول في النزلة القمية المعروفة بالالتهاب القمي البسيط	
أو النزلي	
المبحث الثاني في الالتهاب القمي ذي الغشاء الكاذب المعروف بالقلاع	١٠
المبحث الثالث في الالتهاب القمي الدقيري أي الغشائي القرصي	١٢
المعروف بتقرن القم القرصي أو تقرح القم المنق	
المبحث الرابع في تسلسل القم وقرحه	١٥
المبحث الخامس في الآفات الزهرية القمية	١٩
المبحث السادس في الآفات الاسكربوطية القمية المعروفة بالحفر	٢١
المبحث السابع في الالتهاب القمي القطري أو القشطي المعروف بالموجيت عند القرنساية	٢٣
المبحث الثامن في التهاب اللسان	٢٨
المبحث التاسع في غثغرين القم الضعيفة المعروفة بالنوما وبالسيرطان	٣٢
المبحث العاشر في التهاب التكفنين وما جاورهما	٣٤
المبحث الحادي عشر في التهاب	٤٠
الفصل الثاني في امراض الحلق	
المبحث الاول في الالتهاب النزلي للغشاء المخاطي المعروف بالذبحمة	٤٥
النزلية	
المبحث الثاني في الالتهاب البلعوي ذي الغشاء الكاذب ويسمى بالذبحمة البلعومية الغشائية	٥٢
المبحث الثالث في الالتهاب البلعوي الدقيري أي الغشائي التقيمي	٥٤
ويسمى بالذبحمة الخبيثة والغثغرينية	

- ٥٥ المبحث الرابع في الانتهاب القلغموني الحلقى ويعرف ايضا بالتهاب
اللويزة وبالذبحجة الحلقية اللوزية
- ٥٩ المبحث الخامس في اصباغات الحلق الزهرية وتعرف بالذبحجة
الزهرية
- ٦٢ المبحث السادس في المخراجات خلف البلعوم
- ٦٤ المبحث السابع في ذبحجة لودويج
- ٦٥ الفصل الثالث في امراض المري
المبحث الاول في الانتهاب المروي ويعرف بعسر الازرد والالتهابي
- ٦٩ المبحث الثاني في تضيق المري
- ٧٢ المبحث الثالث في تمدد المري
- ٧٤ المبحث الرابع في التولدات الجديدة المرضية للمري
- ٧٦ المبحث الخامس في ثقب المري ومخرقه
- ٧٧ المبحث السادس في الامراض العصبية للمري
- ٧٩ الفصل الرابع في امراض المعدة
المبحث الاول في التزلة المعدية الحادة اى الانتهاب التزلى الحاد للغشاء
المخاطي المعدى
- ١٠٤ المبحث الثاني في التزلة المعدية المزمنة
- ١٢٠ المبحث الثالث في الانتهاب المعدى ذى الغشاء الكاذب والدقترى
المبحث الرابع في التهاب المسوج الحساوى تحت الغشاء المخاطي
المعدى المعروف بالانتهاب المعدى القلغموني
- ١٢١ المبحث الخامس في الانتهاب الذى يعترى الغشاء المخاطي المعدى
عقب تأثير الجواهر الكاوية والسمية وفى التغيرات التابعة له
- ١٢٤ المبحث السادس في القرحة المعدية المزمنة المعروفة بالمستديرة
وبالثاقبة
- ١٣٨ المبحث السابع في سرطان المعدة
- ١٤٧ المبحث الثامن في الاثرقة المعدية

١٥٦ المبحث التاسع في التشخيص المعدي أو الالم المعدي العصبي

١٦٢ المبحث العاشر في الدبسيبسيا

١٧٣ الفصل الخامس في امراض القناة المعوية

المبحث الاول في التهاب الغشاء المخاطي المعوي النزلي المعروف بالنزلة

المعوية

١٩٦ المبحث الثاني في القرحة الاثني عشرية الثابتة

١٩٩ المبحث الثالث في تضايق القناة المعوية وانسدادها

٢١٤ المبحث الرابع في الاصابة الخنازيرية والدريسة للمعوي والغدد

المساريقية

٢٢٢ المبحث الخامس في سرطان القناة المعوية

٢٢٦ المبحث السادس في التهاب المسوج الخلوي المحيط بالمعوي ويعرف

بالالتهاب القولوني الدائري أو المحيط وبالالتهاب المستقيمي الدائري

أو المحيط أيضا

٢٢٨ المبحث السابع في التزيف المعوي والتددات الوعائية المعوية

٢٣٩ المبحث الثامن في الالام العصبية للمعوي المعروف بالمغص المعوي

٢٤٦ المبحث التاسع (وطبع سهوا الفصل التاسع) في الديدان المعوية

٢٥٧ المبحث العاشر في الحمى المعدية وتسمى بالمخاطية والصقراوية

الفصل السادس في امراض البريتون اعني امراض الغشاء المصلي

المستبطن للبطن

٢٦٣ المبحث الاول في الالتهاب البريتوني

٢٧٩ المبحث الثاني في الاستسقاء البطني المعروف بالزقي

٢٨٥ المبحث الثالث في درن البريتون وسرطانها

في امراض الكبد والمسالك الصقراوية

٢٨٦ الفصل الاول في امراض الكبد

المبحث الاول في الاحتقان الكبدي

٢٩٧ في التهابات الكبد

٢٩٧ المبحث الثاني في التهاب الكبدى الجوهرى أو التقصى

٣٠٤ المبحث الثالث في التهاب الكبدى الخلوى المعروف بسيروز الكبد
وبالاستحالة الحبيبية للكبد

٣١٨ المبحث الرابع في التهاب الكبدى الزهرى ويعرف تبعاً للمعلم
وجنيرورم الكبد الزهرى

٣٢٠ المبحث الخامس في التهاب الوريدى الباب

٣٢٤ المبحث السادس في الاستحالة الشحمية للكبد

٣٣٠ المبحث السابع في الاستحالة النشوية للكبد

٣٣٣ المبحث الثامن في سرطان الكبد

٣٣٨ المبحث التاسع في درن الكبد

المبحث العاشر في الاورام البديانية الحويصلية للكبد المعروفة
بالاينكو كوك

٣٤٣ المبحث الحادى عشر في الاورام الاينكو كوكية المتعددة الجيوب

٣٤٨ المبحث الثانى عشر في الاحتباس الصفراوى للكبد واليرقان المتعلق
به أى اليرقان الكبدى

٣٥٧ المبحث الثالث عشر في اليرقان الدموى أى الغير المحسوب باحتباس
فى الصفراء المعروف باليرقان الكلى

٣٦١ المبحث الرابع عشر في الصفور الاصفر الحاد للكبد

الفصل الثانى في امراض المسالك الصفراوية

٣٦٩ المبحث الاول في التهاب النزلى للمسالك الصفراوية المعروف باليرقان
النزلى

المبحث الثانى في التهاب المسالك الصفراوية أى الغشاء الكاذب
والدفتيرى

٣٧٤ المبحث الثالث في تضيق المسالك الصفراوية وانسدادها والتحدد
التالى لها

صبيحة

٣٧٧ المبحث الرابع في الحصبوات الصفراوية وما يفتج عنها

٣٨٩ في امراض الطحال

المبحث الاول في احتقان الطحال ونغوه المعروف بورم الطحال الحاد

٣٩٥ المبحث الثاني في ضخامة الطحال المعروفة بالورم المزمن للطحال

٤٠١ المبحث الثالث في الاستحالة النشوية للطحال المعروفة بالطحال الدهني

٤٠٢ المبحث الرابع في السدد الدموية للطحال والتهابه

٤٠٧ المبحث الخامس في تدرن الطحال وتسرطنه والاكياس

الايكينوكوكية

٤٠٨ المبحث السادس في تحول الطحال واتقائه

تذليل لامراض الطحال

٤٠٩ لمبحث الاول في اليكيميا الحقيقية واليكيميا الكاذبة اى الدم دى

اللون الابيض اودى الكرات البيضاء

٤٢٠ المبحث الثاني في الميلانيميا اعنى التلون الاسود للدم او الدم المسمر

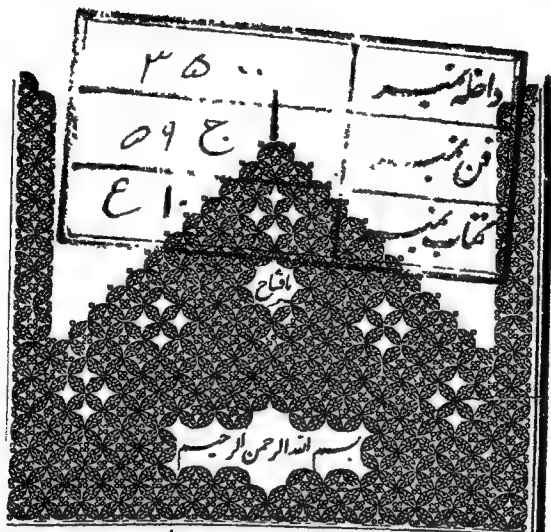
• (تمت) •

بيان صواب الخطأ لواقع في الجزء الثاني من وسائل الإيجاج

صواب	خطأ	سطر	صحيحة
ان تأثير	ان لتأثير	٩	٢
وكاتنا العاجان	وكا يا العاجان	١٩	٣
لكلوروات (وقد تكرر)	لكلورورات	١٧	١٨
وييدر	والغالب	١٢	٢٤
بان منشأ	بان منشأ	٢٥	٤٢
مرض	مرض	٦	٤٦
المواد	المواد	٢٣	٤٨
انتفاخا	النتفاخا	١١	٥٧
بهبوط	بهبوط	٥	٨٨
والبلعوم	والبلعوم	١٩	١٢٣
ذات	ذا	١٩	٢٣٢
باحتماس	إحتماس	٢٧	٢٥٧
الثلاثة	الثلاث	١٧	٣٦٨

* (تم) *

الجزء الثاني من وسائل الإهتمام في الطب الباطني
والعلاج تأليف الطبيب الحاذق الرئيس
الدكتور حضرة عزتو سالم
سالم بك مع - لم علم الامراض
الباطنية بالمدرسة
السنية الطبية
المصرية



(المقالة الثانية في امراض الجهاز الهضمي)

• (الفصل الاول في امراض الفم) •

(المبحث الاول في النزلة القمية) المعروفة بالالتهاب القمي البسيط او النزلي

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الغشاء المخاطي القمي اكثر عرضة للمؤثرات المعدية لالتهاب نزلي في الأغشية المخاطية ولذا كانت النزلة القمية كثيرة الحصول ومع ذلك فلم تطلق كلمة نزلة قمية على تغيرات الغشاء المخاطي القمي المماثلة لتغيرات ما سواها من الأغشية المخاطية الا من مدة قريبة ومن المستغرب ان لتأثير البعد في الجلد الذي كثيرا ما يعقبه التهابات نزلية في أغشية مخاطية أخرى يكاد لا يعقب بالتهاب نزلي في

والمؤثرات المضرة المعدية للنزلة القمية هي

اولا المهيجات التي تؤثر بدون واسطة في الغشاء المخاطي القمي كنبات الاسنان فانه كثيرا ما يكون سببا لحصول الالتهاب القمي النزلي باشكاله الثقيلة جدا وكحد حرق في الاسنان وقروحها وجروح الفم والاعذية الحارة والباردة جدا او ذات الخواص الكيماوية الشديدة وشرب التبغ او مضغه

وكاستعمال الاسهتضارات الرقيقة وذلك ليس بذلك اللثة بالمرهم الرقيق
او تعاطى هذه الاسهتضارات من القم سائلة او مسحوقة فقط بل كذلك بالذالك
بالمرهم الرقيق على سطح الجلد وتعاطى الحبوب الرقيقة ايضا وان احكم
تخليقها وسبب ذلك ان الرقيق الذي يمتصه الجلد والقناة المعوية ينقرز
في باطن القم من الغدد العالية فيصعد تهيجا لواسطيا في الغشاء المخاطي
القسمي وكثيرا ما يحدث التهاب القسمي الرقيق عقب تعاطى كمية قليلة من
هذا الجوهر وعلم ذلك ان المواد الرقيقة المزودة مع الاعاب تنقص في المعى
ويتكرر ترددها في القم قبل ان تنقذ خارج الجسم وعلى كل حال
فدرجة تاثر القم بالاستهتضارات الرقيقة تختلف باختلاف الاشخاص
فيكون التهاب القسمي عند بعضهم سريع الحصول وبطئته عند آخرين
كما ان التهاب الجلد السطحي الذي يستغرقه بالاجزاء الرقيقة كذلك
سريع الحصول عند اشخاص عقب استعمال الذالك بالمرهم الرقيق بطئته
عند آخرين

وثانيا امتداد التهاب التزلي من الاغشية المخاطية للاعضاء المجاورة للقم الى
الغشاء المخاطي القسمي بخروج الوجه والتهابات مخصوصا الحمرة الوجهية
فانها تتضاعف بالتزلة القمية غالبا وهذا التهاب القسمي التزلي التابعي هو
السبب في اعتبار الحمرة الوجهية والذبحية البلعومية في الزمن الذي كانت
تعتبر فيه تغطية اللسان السمكة علامة قوية على فساد الهضم ظاهرين
تابعين لاضطراب وفساد معدى دائما وكا يعلبان بحسب ذلك الاعتبار
واما امتداد التهابات الاغشية والشعبية التزلية الى الغشاء المخاطي القسمي
فقليل الحصول واما اضطراب التزلة المعدية بالتزلة القمية حادة أو مزمنة
فكثيرة الحصول فقد ظهر من مشاهدة الشهير (يومون) عند معاضاته الغشاء
المخاطي المعدى في مريض (وهو القسيس مرتين السكندري) مصاب
بناصور معدى بالغشاء القسمي ان تغيرات الاول تقضى الى تغيرات مقابلة
لها في الثاني ويؤيد ذلك المشاهدات اليومية الآن ان التهاب المعدى التزلي
وان كان يصطبغ غالبا بتزلة قمية لا يطرده العكس يعني ان كل تزلة قمية لا يلزم
من وجودها الحكم بوجود تزلة معدية

والثاني ان الالتهاب القمعي التزلي قد يكون غالباً عرضاً للمرض بنى عمومي فاما
الامراض العمومية الحادة التي كثيرا ما تصطب بتغيرات مخصوصة
نزلية في الغشاء المخاطي القمعي فهي التيفوس والقرمزية وسيأتي بيان
ذلك عند الكلام على اعراض هذه الامراض واما الامراض البتمية
المزمنة التي تنفي الى التزلة القمعية والبلعومية بكثرة فهي الداء الزهري
والقشم الزئبقى وجميع الامراض الحمية يكاد أن يكون فيها اللسان مغطى
دائماً بطبقة عارضة لكن لا يستنبط من ذلك ان كل حي تصطب بتزلة
قمعية

وقد تكون الاسباب المهمة لهذا المرض محجوه وفي كثير من الاحوال وذكر
المعلم (فيقر) ان هذا المرض قد ينشأ عن طول السهر وعن الانفعالات
النفسية ومن المشاهد استقرار التزلة القمعية عند بعض الاشخاص استقرارا
مستعصياً علة سنين بدون معرفة تأثير الاسباب المضرة

(الصفات التشريحية)

يسدر مشاهد تغيرات الالتهاب القمعي التزلي في دوره الاول وانما يشاهد
فقط الغشاء المخاطي عقب تأثير مهيج شديد او بنت الاسنان الشاق السحر داكنا
جافاً ابتداء ثم يتغطي في دور الانحطاط بافراز متعكر لا اختلاطه بخلايا
حديثة التكون ولا يشاهد الاحرار الشديد ولا الخفاف بالسكية او يشاهد
كل منهما وقباً عقب تأثير المهيجات القليلة الشدة او في الالتهاب القمعي
التزلي المضاعف للتزلة المعدية الحادة

ويحصل بسرعة انتفاخ في الغشاء المخاطي والمصروج الخلوي الذي تحته
واذ يدا فراراً محتلطاً بكمية عظيمة من خلايا جديدة التكون والانتفاخ
يكفر ظهوره في سائقي اللسان وباطن اللسدين فيظهر اللسان عريضاً بحيث
لا تسعه المسافة التي بين الاسنان فيظهر على جوانبه انبعاجات جانبية سطحية
ويكون كل من باطن اللسدين واللثة واللسان مغطى بمادة مخاطية متعكرة
واكثر تراكم المادة المخاطية والخلايا الجديدة التكون يكون على الحلمات
المخاطية فينشأ ظلام منخ على سطح اللسان متفاوت السمولد ويوطئ التزلة
القمعية المزمنة تغيرات شبيهة بالتغيرات المذكورة فحينئذ انتفاخ الغشاء

الخطاطى فيها يكون اكثر وضوحا وقد شاهدت حبيبات صغيرة كتب الشهادج
على اللسان بل وعلى باطن اللسان والشفتين وسفوف الحنك وهي عبارة عن
اجرة مخاطية منتفخة وتكون القشرة خصوصا جوارها المحيط بالاسنان مغطاة
بمادة كثيفة من مادة مخاطية فضية مصفرة والحلمات الخطاطية المستطيلة
جدا تظهر كأنها خيوط مبيضة فتكسب اللسان هيئة نخلية او شعرية
ويظهر بالبحث الميكروسكوبى ان معظم الطلاء اللسانى فى التزلة القمية
المزمنة متكون من خلايا بشرية محتوية على كرات ضخمة ومادة حبيبية
دقيقة ذات لون احمر وكثيرا ما تكون متلاصقة ببعضها على شكل صفائح
متعرجة ويوجد فى هذا الطلاء جزئيات خطاطية وهي امتدادات بشرية
متقطعة من الحلمات اللسانية الخطاطية تنمو على كثير من جزئيات فطريتها
خطاطى تكون بصيلا تهبط بالدمع البشري القرنية على شكل قشرة
حبيبية كما يوجد فيه كرات ضخمة وأهداب خطاطية وبقايا غذائية منعقدة
(الاعراض والسير)

لا تصيب العلامات المدركة المذكورة سابقا الا يسيرا من الاعراض فنقول
اما شكل التزلة القمية الحادة الشديدة جدا فيوجد فيه الممهورق وتورق القمم
واذا يابى الاطفال المضغط باسنانهم على الحلقاات المتضخمة من العلاج او من
جذور البنفسج التى تعطى لهم لبعضوا عليها تسهيلات لنبات الاسنان
ويكون عنده الامسة القمم وعند ما يريدون الرضاعة يتركون الثدي قهرا
بتألم وصباح شديد وقد تحصل لهم فى بعض الاحوال تشنجات (يالتقى فى
كثيرها العوام) تسمى تشنجات التسنين يمكن ان يهلكوا منها بدون ان
يشاهد تغيرات فى المرا كرا العصبية عند فتح الجثة فحينئذ تعتبر هذه التشنجات
ظواهر عصبية انعكاسية بمعنى ان التهيج الشديد لالعصاب الحسية القمية
يسرى منها الى اعصاب الحركة بواسطة المرا كرا العصبية ولا يعلم هل حصول
هذه الظواهر ناشئ عن التزلة القمية الحادة او عن التهيج اللا واسطى
لاعصاب الحس الناشئ عن اندفاع الاسنان وثقبها لثة واجع مجت
الا كلبساقى الجزء الثانى

واما شكل التزلة القمية الحادة المتوسطة الشدة المتصقة بازديادى الافراز

وتكون خليات جديدة بكثرة فتشكى المرضى فيه بطعم ردى في القم يعبرون عنه غالباً بأنه مخاطي أو بهيسي وهذا الطعم في الحقيقة ظاهرة حسية لمسية فان التسيبولوجين لا يعترفون الا بوجود طعم مر أو حضي أو حلو أو ملحي والمرضى يفسون بوجود طبقة مخاطية ملامسة للغشاء المخاطي القمي فيعتقد في قذفها بتكرار التقيؤ وحيث ان هناك طبقة متميكة بين الجوهر المذاقي وبين الانتهاء الدائرية لاعصاب الذوق فلا تنضج حاسة الذوق الا بواسطة الجواهر القوية الطعم وغالباً تشكى المرضى بعدم نقاوة الطعم أو بقاؤه وبمضغ الجواهر الصلبة يحصل تخسين وقتي في طعم القم بسبب زوال الطلاء المغطى للسطح الخاص بالذوق ومن المرضى من يشكى عرارة في القسم والعوام يعتقدون ان هذه الظاهرة ناشئة عن انسداد الصفراء في المعدة حتى ان بعض الاطباء يزعم ان هناك حالة صفراوية معدية لان الطعم المرئي أغلب الاحوال ليس الاعراض محسوسا للمريض غير ناتج من جواهر ذات طعم مر بل انه تنوع في حاسة الاعصاب الذوقية ولا يندر ان تشكى المرضى بطعم تنقي في القم وهذا التعبير يأباه التسيبولوجيون لانه غير حقيقي فان التنقي لا ينشأ عن تنبيه اعصاب الذوق بل عن تنبيه اعصاب الشم التي تكون تفرعاتها الدائرية في الطبقة المخاطية الاضية ملامسة للتصاعدات الغازية الانتيمية من الطبقة المتعفنة المغطية للسان والنافذ من الغياشيم فالطعم التنقي بل الرائحة المتعفنة ليست فقط عرضاً محسوساً للمريض بل ان كثيراً من الاشخاص من يدرك هذا العرض في المريض خصوصاً وقت الصباح قبل الاكل ثم يزول بالاكل بمجرد ازدياد الطبقة البشرية المتعفنة المتراكمة على اللسان والصداع الجبهي الذي يصاحب التزلة المعديّة بكثرة يشك في وجوده في التزلة القمية البسيطة

ثم ان مجموع الاعراض المذكورة كثيراً ما توجد بدون تغيير في الهضم فان المرضى مع وجودها يحسون غالباً بجوع اعتيادي لكنهم يميلون لتعاطي الاغذية الخسفة أو المالحلة والافاويه التي تنبه اعصاب الذوقية من خلال طبقة اللسان البشرية ولا يوجد غالباً علامة ما تدل على فساد المواد الغذائية اي عدم هضمها كما لا يوجد عقب الاكل احساس بضيق في القسم

الشرايين ولا تجشؤ ولا علامات من علامات فساد الهضم واضطرابه ومع ذلك فان كلامنا من تغلى اللسان تغليبه ككثيفة ومراة الطعم وتقرن القم ورائحته العفنة يحمل المريض على ان يظن ان عنده شككرا في الهضم فيستعمل المقيحات

واما التزلة القمية المزمنة الخفيفة كالتي تشاهد عند المدميق على شرب التبغ فلا يحسن باعراضها المريض الا قليلا وذلك انه يوجد مع المرض عند اليقظة طعم عجيب في القم ورائحة متقنة تنشأ من تراكم الجزئيات البشرية فيه مدة القيل غير ان هذه الجزئيات تنقذ بالتختم بعد اليقظة بقليل ولا تشتكي المرضى بعد ذلك بشئ من هذه الطواهر ومع ذلك يملون لاستعمال الاغذية الحريفة اكثر من غيرها من الاغذية القليلة التنبيه

واما الاحوال الثقيلة للتزلة القمية المزمنة فتأذى المرضى منها بكثرة وذلك انهم يلجئون في الصباح لكثرة التغم والبصاق وكشط اللسان وتنظيف اللثة والاسنان من المواد المخاطية المتراكمة عليها بواسطة فرشاة (اوسواله مثلا) ويبقى طعم القم متغيرا طول النهار ورائحته الكريهة مسكرة وتشتكي المرضى للطبيب بجملة تلبسك مخاطي مستعصم لم تؤثر فيه انواع المسهلات كحبوب اشترال وموريسون وشرب بعض المياه المعدنية ويقعون احبانا في حالة ييؤخذارية لكن بالتأمل يعرف ان تشكهم مخالف لحالة همهم العامة وبسؤال الطبيب يتحقق انه يمكنهم تحصيل جميع الاغذية حتى العسرة الهضم فعلى الطبيب التقطن لمثل هذا لاحوال للوقوف عليها ومعالجتها بما يناسبها

(التشخيص)

لا ينبغي ان يلتبس عليك الطلاء المنغلي للسان في التزلة القمية بالطلاء الذي يوجد على مؤخر اللسان عند كثير من الامعاء خصوصا في الصباح فان هذا الاخير كما قاله المعلم ~~مبكي~~ ينشأ مدة الليل من مرور الهوا من الانف والخباشيم وتجزيره للاجزاء السائلة الموجودة في اجراء القم المجاورة لحصل مروره حتى ان جزئيات البشرة المخاطية التي تنفصل بالطبيعة على الدوام تجف وتكون طلاء ومضاع على اللسان ويوجد كما قال الطبيب بدهرد في

ربما لسه التي القها مضادة لتوجيهه تغطية اللسان الطبيعية بهم هذه الكيفية
 أمور أخرى مهمة في كيفية حصوله وهي أن الطبقة البشرية المغطية لباطن
 القم واللسان يعتريها تقلص مستمر ناشئ عن المؤثرات الميكانيكية التي تؤثر
 على السطح الظاهر من هذا الغشاء المخاطي عند التكلم أو المضغ ومن الواضح
 أن تقلص الطبقة المخد كورة يكون كثير الحصول بسرعة في المحال التي فيها
 يلامس اللسان بكثرة الأجزاء المحيطية فيبلا منس بالجزء من سطحه العلوي
 سقف الحنك عند كل تغير في أوضاعه كما أن حوافه تلامس باطن الأسنان
 عند كل حركة وأما أجزاء اللسان الخلفية التي تكون عليها طلاء اللسان
 الطبيعي غالباً فلا تلامس سقف الحنك إلا عند حرركات الازدواج ويستتبط
 من ذلك من جهة أن الصفيفات البشرية الطبيعية الكائنة على الأجزاء
 المفصلة من اللسان تنفصل بسرعة انفصال تاماً ومن جهة أخرى أنها تنطرد
 بسرعة بخلافها في قاعدة اللسان فإنها تبقى ثابتة زمن أطول ولا وعند انفصالها
 لا تنطرد بسرعة سواها وإن الامتدادات الخلفية تساعد على البقاء

ثم إن اللسان في كثير من الأمراض الحمية يكتسب طلاء مبيضاً لكن لا ينشأ
 غالباً عن تزايد في تكوين خلايا جديدة كما في التزلة القمية بل عن
 تناقص الإفرازات القمية بسبب تزايد الإفرازات الجلدية بحيث أن الخلايا
 البشرية تقل وطولها وتظهر قليلة الشقوق وزيادة على ذلك أن المجموعين
 يكونون فاقدين لشبهتهم فيمتنعون عن مضغ الجواهر الصلبة التي بها يسهل
 تنظيف اللسان البشرية المسكونة لهذا الطلاء فكان الأشخاص المتهوكن
 ذوي الجلد القليل يوجد عندهم تقلصات في البشرة وقشور بدون أن يكون
 هذا ناتجاً عن ازدياد تكوين هذه الخلايا البشرية وانفصالها عن سطح
 الجلد كذلك يشاهد في الأحوال الحمية انقراض الحلمات اللسانية القريبة
 وانفصال الطبقة البشرية القمية بدون أن يكون ذلك ناشئاً عن زيادة تكوينها
 وانفصالها ومما يجمع التباس الطلاء اللساني في التزلة القمية بطولته في
 الأمراض الحمية كون الغشاء المخاطي القمي في التزلة القمية ذاتاً انتفاخ
 ورخاوة عكس ما في الأمراض الحمية فإن اللسان فيها يكون مسطحاً ضيقاً بل
 قد يكون مديسا والقم جافاً والمرضى تشتكي فيها بعظم شديد وسياً في تغير

النزلة القمية المجردة عن المصورية بنزلة معدية في الفصل الثالث من المبحث
الأول

(الحكم على العاقبة)

الالتهاب القمي النزلي جيد العاقبة وليس فيه أدنى خطر على الحياة إلا إذا
كان مصحوبا بالتشنجات عند التسنين ولو كان تعلقها به مشكوكا فيه وأما
النزلة القمية المزمنة فعاقبتها أقل جودا من حيثية عدم راحة المريض
واسهوها على المعالجة ومع ذلك قد تزدول بالمعالجة المستطيلة وامتنال
المريض مع الصبر بالجميل

(المعالجة)

أما المعالجة المبينة على معرفة الأسباب فلا يتيسر إبرؤها في كل حال فإن شق
الثلة الموصية به في التسنين الشاق مشكوك في نفعه بل ربما كان مضر أفتان
الشقوق الصغيرة قد تلتهم عقب فعلها فتكون سببا في تفاقم النزلة القمية
وأما الأسنان ذوات الحافة الحادة فينبغي إزالتها وأما الجروح القمية وقروح
الأسنان فيعالجها بما تقتضيه الصناعة وأما شرب التبغ سيما في السجارات
الحارة فينبغي تركه وإن كان لا بد من الشرب فينبغي إبداله بالسجارات ذات
تبغ بارد في أنغام أو شبكات طويلة وهو الأفضل وينبغي في النزلة القمية
الناسئة عن استعمال الاستحضارات الرتيقية إيقاف استعمالها وإزالة
جميع ما كان على سطح الجلد من المرهم الرقيق وأما النزلة القمية التابعة
فتقول في الغالب عقب شفاء الحمرة الوجهية أو الذبضة البلعومية والنزلة
المعدية وسنذكر بعد أن هذه النزلة القمية لا تحتاج في كثير من الأحوال
لاستعمال المقتضات كما هو الجاري عند كثير من الأطباء في الطب العملي فإن
ظهور الأسنان بعد استعمال المتيقظا ظهورا قويا انما يحصل حصولا
ميكانيكا ولا يثبت بتحسين في النزلة القمية والمعدية وأما النزلة القمية
الناسئة عن أمراض بنية فتعالج بحسب المرض البني الذي هو أصلها
وأما المعالجة الخاصة بالمرض نفسه فهي معالجة موضعية والشكل الذي
تناسبه المعالجة الموضعية هو الشكل المزمن من هذا المرض الذي يوجد دائما
بنفسه مستعصيا عن الشفاء حتى بعد زوال الأسباب الناشئة عنه

الادوية الجرب استعملها فيه مضغ قطع صغيرة من الراوند مضغاً ببطيئاً ولا
تنسب منفعة في مثل هذه الاحوال لتأثيره في الغشاء المخاطي المعدي
اذ لا تشاهد هذه النتيجة عقب تعاطي الراوند طلقاً في حبوب رخوة مسهلة
الذوبان

وانجح الادوية التي تستعمل في الشكل المزمن لهذا المرض المضغ بمحلول
كربونات الصودا او شرب مياهها الطبيعية صباحاً على الريق شرباً ماصاً وعلّة
ذلك ان الكربونات القلوية من خواصها ان تقلل تماسك المواد المخاطية
وتذيبها فان لم تنجح هذه المعالجة فيستعمل بغاية النجاح من القم بمحلول
السليمانى المكون من قحّة الى اثنتين في دطل من الماء كما اوصى به الملم (فيقر)
او بمحلول قترات الفضة قحّة على نصف اوقية من الماء كما اوصى به هنوخ
ومنافع هذين الجوهرين في التربة القمية لانتخاف المنافع التي يحصل عليها
في نزلات اغشية مخاطية اخرى

• (المبحث الثاني) •

(في التهاب القمى ذى الغشاء الكاذب المعروف بالقلاع)

(كيفية الظهور والاسباب)

كثيراً ما يشاهد على الغشاء المخاطي القمى لطخ عديد مبيضة مخاطية بهالة
محمرة على هيئة حويصلات سطحية تنفصل عما قليل ويحذفها نسلخ سطحي
يسهل بمرور الوقت وغالب المؤلفين يعبر عن هذه الاصابة بالقلاع القمى مع ان هذا
اللفظ يطلق ايضا على غير هذا المرض من امراض القمى سيما التهاب القمى
التقرحي والفطري وقد ائبت الملم (بون) مرتكاً على علة من المشاهدات
انه يورث هذه النكت المبيضة ولو في دورها الابتدائي لا يخرج منها دنى
سائل ويمنفذ فلا تكون حويصلات بل تراكمات صلبة ناشئة عن مواد
لبنية منتخبة على سطح السائب من الغشاء المخاطي اسفل طبقة البشرية
وهذا التعبير وان كان واضحاً وافقاً لما ذكره كل من الملم (دوكتنسكى)
(فروستن) الا ان لى من الاوفق تسمية هذا التغيير المرضي بالالتهاب
القمى ذى الغشاء الكاذب مثل ما يطلق ذلك عليه عند اصابته لاغشية
مخاطية اخرى ولذا يسوغ تعريف القلاع بالالتهاب القمى ذى الغشاء

الكاذب القاصر على اصفار محدود ومن الغشاء المخاطي القمي ويشاهد القلاع في الاطفال رديئ التغذية وقت التسنين وهو اهم اسبابه وكثيرا ما يصحب الحصبة وربما انتشر على شكل أوبية صغيرة فكأنه سرى بالعدوى وقد يصاحب التهاب الفم التقرحي الغشائي

(الصفات التشريحية)

مجلس القلاع يكون غالبا في النصف المقدم من اللسان وعلى السطح الباطن من الشفتين والشدين وسقف الحنك وشكله يكون مستديرا في حجم العدسة كثير العدد ويكون اما منعزلا او مختلطا وتفصل زواياته الغشائية السنجابية والبيضاء المعصرة من الدائرة نحو المركز تدريجا وحينئذ تصير الهالة المحمرة أكثر عرضا وعند انفصال النضج انفصالا تاما لا يبقى تقرح بل مجرد تسلخ وتلك الصفة خاصة بالالتهاب ذي الغشاء الكاذب ويمرزه عن الدفتري والصفرا المتسلخ يتغطى بسرعة بطبقة بشرية والقلاع لا يختلف مذبة الصامية وباقي اجزاء الغشاء المخاطي القمي يكون مجلس الالتهاب نزلي مصحوب بنضج مخاطي غزير وتكونات خلوية جديدة

(الاعراض والسير)

كثيرا ما يسبق بعدة ايام الطفح القلاعي بحمى وقلق وفقد شبهة وعلامات التزلزلة القمية وهذا المرض يصطبغ بالام شديد تزداد بالاكثور عند الرضاة او التكلم او المضغ والافراز مع ذلك يكون متزايدا ازديادا عظيما بحيث يسيل من فم الاطفال المنفتح نصف انقذاح سائل صاف مصحوب برائحة كريهة ناشئة عن فساد الاخلية البشرية المتراكمة ومواد النضج الالتهابي المتراكمة في الفم سيما عند مضغ الغشاء الكاذب القمي ذي الغشاء الكاذب بالدفتري وقد يمتد هذا المرض بجملة اسابيع عقب تروده مرارا متكررة وعاقبة هذا المرض في حد ذاته جديدة

(المعالجة)

قد اشهر مع التحقيق ككلورور البوتاسا بانه نوعي في هذا المرض فانه باستعماله في جميع الاحوال على هيئة محلول مائي (مركب من اربع قسرات الى ستة) في كل مرة تعطى للمريض يحصل تحسین واضح وان لم يحصل على

التقية المطلوبة باستعمال هذا الجوهر يلزم من القلاع بحلوله من ملح
الطعام المتصف بالجبر الجهنى

• (المبحث الثالث) •

في الالتهاب القسمى الدقيرى أى الغشائى المقرح المعروف بنقن الفم
المقرح أو تقرح القم المنق

(كيفية الظهور والاسباب)

يحصل في هذا الالتهاب كما ذكرناه من ارتفاع ليني في جوهر الغشاء المخاطي
بحيث أن الجزء المريض من هذا الغشاء يمتد به تنكس زعقب انضغاط أو عيته
بواسطة هذا النضج وبعد انفصال الخشكر يشة المسكوة التي تارة تكون
جافة وتارة رطبة يتخلقه فقد جوهر

ثم أن الالتهاب القسمى الدقيرى ينشأ عن استعمال المركبات الزبقية استعمالا
مفرطا مستقرا وقد يحصل بدون سبب مدرك سيما عند ذوى المعيشة الرديئة
(من مطعوم وملبوس ومسكن) وهذا الشكل الأخير الذى هو كثير ما يحصل
بكيفية وبائية منتشرة خصوصاً فى ماوى اللقطاء واليتامى وفى القشالات
وغيرها من الأماكن العامة وفى المعسكرات غير القارة ويتشرب غالباً فيهم
بالعدوى

(الصفات التشريحية)

وفى الدرجات الخفيفة من الشكل الدقيرى من الالتهاب القسمى الزبقى
يوجد ابتداءً فى أمة أو محدودة من القم سيما على حافات اللسان والأجزاء
اللامسة للأسنان من الشدين والشفقين تكون مبيض أو مبيض وسمخ
فى الغشاء المخاطي على شكل اللطخ بعسرا زائفاً ثم أن كلاً من طبقات هذا
الغشاء السطحية والنضج المرتفع فيها ينقل فينشأ فى هذه الأصناف تقرحات
سطحية متغيرة اللون قنطريطاً ثم تلحم انتهاً من حافاتها وفى الدرجات
الثقيلة من هذا المرض التى فيها يكون النضج مرتفعاً فى جميع طبقات
الغشاء المخاطي ومفسداً الهايستفيل السطح الباطن من الفم فى امتداد
عظيم منه إلى خشكر يشة رخوة متغيرة اللون وعند انقضاء الهايستفيل يظهر تقرح
عميق ذو حافات غير منتظمة وقاع غير مستو وقد الجوهر لا يستعاض بالازرار

الحمية الايطء وسبب ان الغشاء المخاطي القاسد لا يتكون ثانيا بل يحل محله من منسوج خلوي نقي يبقى نديبه مشرقة ولا يسدر ان يطف ذلك التصاقات غير طبيعية او انكلوز كاذب

وفي احوال تن القم التقرح يتبدى غالبا الارتشاح والثا كل في مقدم اللثة وفي الاحوال الثقيلة يمتد التهاب من مقدم اللثة الى سطحها الخلفي والاجزاء الملاصقة من الشقين والشدين واللسان وغير ذلك وحينئذ تتخلل الاسنان بل قد يتعري سمحاق عظم الفك ويتأكل فيعقب ذلك احيا ماتسوس وتتكور في عظم الفك

(الاعراض والسير)

يصطبب الشكل المتفسري من الالتهاب النقي الزمبق بالام شديدة جدا خصوصا عند انفصال الخشكر يشة وتكون قروح وهذه الالام تزداد جدا بالضعف والتكلم ازدياد الايطاق واقرار كل من اللثة العالية والمخاطية يزداد كذلك ازديادا عظيما ولا يكون المريض قدرة على النوم فان الاقرار ان لم ينقذ فمجره البصاق يسيل في الخنجره فيصوت بها الاووب اختناق وان كان المريض مضطجعا على احد جانبيه واستغرق في النوم استيقظ بسرعة فيجد دوساذه ممتلئة باللعاب باردة والاجزاء المجردة عن الخشكر يشات والقروح تكون مغطاة بطبقة صميكة صفرة دهنية كاللسان واللثة لاسيما حول الاسنان ويتصاعد من القم رائحة منتنة جدا ناتجة عن تعفن اجزاء الغشاء المخاطي المنفصلة الواقعة في التنسكوز وكون تن القم فالتجاعن تحلل رودان الباتسيوم الذي هو من العناصر الطبيعية المكونة لللعاب وتكون الادروجين المسكيت النوشادري امر مشكوك فيه وكل من الالام والسيلا من القم والرائحة المتقنة لا يزول الا تدريجيا ولوا انقطع استعمال المركبات الزبقية بل وفي الاحوال الخفيفة لا بد وان يحصى غاية ايام الى اربعة عشر لاجل تحسين حالة المرضى وصيروتها مطاقه واما في الاحوال الثقيلة فانه لا بد وان يحصى زمن اكثر طولا من ذلك حتى تاخذ حالة المريض في الشفاء بل قد يختلف ذلك اضطرابات مستمرة كما ينا ذلك في البحث السابق ثم ان اللثة تكون في ابدا هذا المرض طبعا لشرح (بون) ذات لون احمر

دا كن منتفخة انتفاخا عظيما بسبب الاحتقان الشديد و يظهر أنها منفصلة
 عن الاسنان وتدعى بالقلنس وبعد استقرار هذا الدور يومين او اربعة يشاهد في
 الحافة العليا منها الاسماع حول الاسنان القواطع او اضراس احدى الجهتين
 طبقة سنجابية غشائية وبالبص من هذه الطبقة بالذقة التي هي عبارة عن
 مادة فطرية يشاهد أنها ليست موضوعة على اللثة بل ناشئة عن تشكرو جهر
 اللثة نفسه وبعد انفصال هذه المادة الفطرية التي نعبرها خشكريشة
 دقيرية خلافا لما قاله المدعي (بون) يحصل فقد جهر في اللثة ويتكرر هذا
 الانفصال في كل من سطح هذا القرع ودائره ما دام المرض مستقرا حتى
 تتلاشى حافة اللثة المحيطة بالاسنان بالكلية وتختلخل الاسنان الحارية
 وتحصل تهتكات اخرى كما سبق ذلك وتكون العقد اللينقاوية المجاورة
 منتفخة مؤلمة وكل من الشدقين والشفتين في مسامة الاجزاء المريضة
 منتفخة انتفاخا وديما ويا ويتصاعد من القم رائحة رمية ويسيل من القم على
 الدوام لعاب مدم وتصلب حركة المضغ والشرب بالآلام شديدة وتعتاشي
 المرضى من خلق فمها فلا يقتصرون على تبعيد الشفتين فقط بل هما والفتكان
 معا حتى لا يحصل ادنى تلامس ومن المستغرب عدم حصول اضطراب في
 الحالة العامة الا قليلا وكذا الشهية وقد توجد الحمية او تفقد بالكلية ثم
 ان هذا المرض يكاد يكون سيروا على الدوام جيدا بالمعالجة اللائقة فتفصل
 الخشكر يشات الدقيرية وتلتئم القروح المستطافة عنها في قليل من الزمن
 واما ان اهل هذا المرض اولم يعالج بالمعالجة اللائقة فانه قد يستمر بجهل اشهر
 الا انه يندر ان يكون مهددا للعباة وان حصل انهماء محزن فيكون ذلك ناشئا
 عن مضاعفات اخرى

(المعالجة)

ينبغي للطبيب في الشكل الدقيري من التهاب القمى الرقيق ان ينبه
 المريض على طول مدة مرضه لكي يستعد لمكايده وذلك اجود من اجهام
 الامر عليه لتلايضع عشمه من يوم لا آخر بسبب انتظاره لشفاء ثم يستعمل
 تنظيف القم بالمضامض المأخوذة من الماء البارد القروح والمضامض اليه
 التبيد الاحمر من ابتداء المرض ثم من القروح بمحلول حمض السكر ورويك

الحقن او محلول تترات الفضة كما سبق في المبحث الاول واهم من ذلك هو ان يعطى للمريض محلول من كروورات البوتاسيوم لكونه اجود من استعمال يودور البوتاسيوم وغيره ما استعمالا باطنيا من الجواهر المضادة لتسهم الزئبق ومن القمير روح الكافور الذي هو كثير الابلام قليل الجسدي واغوى الوسايط تأثيرا من القروح بالجراح الجهنى صلبا زنا فزنا ولو كان كثير الام

واما كروورات البوتاسيوم فانه دواء نوعي في تنقي القمير القرحي كافي قلاعه فيعطى منه للاطفال الذين هم دون سنة جرام كل يوم ولنا كبر منهم سنا قدر نصف درهم وللبالغين من جرامين الى خمسة (اعنى من درهم الى اثنين) كل يوم في مائة وخمسين جراما (اعنى ست اواق) من الماء في هذه المعالجة نزول الرائحة المتتمة من القمير بسرعة بل والقروح تأخذ في النفاثة والالتئام بسرعة ومن النادر الالتئام الى مس الاجزاء المقرحة بتترات الفضة

(المبحث الرابع في نسلطات القمير وقروحه)

(كيفية الظهور والاسباب)

يظهر على الغشاء المخاطي القمي كل من القروح النزلية المعروفة بالنسلطات النزلية والقروح الجرابية فاما القروح النزلية المنتشرة فتكون صغيرة مستديرة مطبقة ثم انما لانعلم علته امتداد التكوين الخاوي الجسدي الذي يحصل على سطح الغشاء المخاطي في النزلة البسيطة ويمتد في منسوج هذا الغشاء وفي اجزائه فيحدث فيها استرخاء ولينا وفساد وتكون خراجات صغيرة تسهل بعد اقتباب وجد رانها الطاهرة الى قروح مستديرة صغيرة كما اننا لانعلم علته احداث الالتئام النزلي لقروح نزلية في الغشاء المخاطي القمي فان القروح النزلية السطحية قد يكثر ظهورها احيانا خصوصا عند الاطفال وقد يندر ظهورها احيانا اخرى بحيث يظن في اقتسارها العدوى لانها قد تظهر على التعاقب عند كثير من افراد عائلة واحدة

واما القروح الجرابية في الاختصاص من يصاب بها اصابة ثانوية دورية بدون سبب ظاهر وقد تظهر ظهورا دوريا منتظما كما شاهد بعض اطباء

عند الساعمة الحوض

وقد تظهر حويصلات صغيرة يعقبها انسلخات مؤلمة جدا بقرب طرف اللسان ويظهر أهما ناشئة عن اسباب مهيجة موضعية بحيث تظن المرضي انه حصل لهم احتراق في هذا الصغر

وهناك قروح غير منتظمة تظهر في زوايا الفم العلوي والسفلي تنشأ عن ثلاثي نضج لبق مرشح في الغشاء المخاطي وتكاد تشاهد على الدوام عند الاطفال الساكنين في المحال الرطبة غير الجيدة ككيوتو المتقطعين ومارستانات الولادة

وقد تنشأ القروح الجندرية القمية عن البثور الجندرية التي تكون في باطن الفم وحصولها مثل حصول القروح الجندرية التي تظهر على الجلد والحويصلات الهرسية ايضا يمكن امتدادها لتجويف الفم فينشأ عنها قروح هرسية صغيرة في ذلك التجويف

واما القروح التي تظهر على حافات اللسان وتكون ناشئة عن حذقات الاسنان والتي تظهر في اللثة ناتجة عن التكوينات الحجرية فتخص علم الجراحة واما القروح الافرنجية والاسكر بوطية للفم فتذكرها في بحث يخصها

(الصفات التشريحية)

اما القروح السطحية القولية المنتشرة فجلاسها طرف اللسان وجوانبه وسطح باطن الشفتين والشدقين وتكون مستديرة سطحية في حجم العدسة وكثيرا ما تختلط بعضها فتكون اشكالا غير منتظمة وقاع هذه القروح يكون متغطيا بطبقة غشائية مسجرة ومضرة ضاربة الى البياض وحوافها محمرة غير منتظمة بهذه الطبقة والتحام هذه القروح يكون من الدائرة الى المركز ولا يبق في مجملها نيب الصامية ويظهر زيادة عن ذلك في بقية اجزاء الفم امراض الفم القمية كازدياد افراز المادة المخاطية وتكون اخلية جديدة

واما القروح الجارية فجلاسها غالبا باطن الشفتين والشدقين ويبدو ظهورها على اللسان فتشاهد اولاً حويصلات لزوية لماعة تنفجر بسرعة وتستعمل

الى قروح يضاوية الشكل ذات قطر صغير وقاع هذه القروح يظهر مصفرا
او ذهيا مغطى بنضج رقيق وحافات محمرة مرتفعة يابسة قليلا وقد لا يوجد
منها الا قرح واحدة وقد يوجد منها عدد عظيم
واما الحويصلات والتسلطات الصغيرة التي تظهر على طرف اللسان فلا تشاهد
الا بمعان النظر ومتى اتيجرت احداها تظهر ان الامتدادات البشرية
للحلمات الخيطية قد انقطعت بحيث لا يرى الاحمال اصفار محمرة صغيرة قليلة
الغور

واما القروح غير المنتظمة التي توجد في زوايا الفكين فقليل ما تشاهد في كلتا
الجهتين وقد يبلغ قطرها جولة خطوط ويكون شكلها غير منتظم وهي عبارة
عن فقد جوهر في الغشاء المخاطي يمتد الى الفسج الخلو الذي تحته
وكثيرا ما ينشأ عن هذه القروح اتفاحات عظيمة في العقد اللينغاوية
العنقية

واما القروح الجدرية فتشاهد بكثرة على سقف الحلق اذ بعدا تقبعا بالشور
السطحية التي بها يتبدى هذا الطغح تشاهد قروح سطحية مستديرة تلهم
بسهولة

واما القروح الهرسية فجلبس باطن الشفتين وسقف الحلق وتشأعن
اقتبار بشور بمجموعة كبشور الطغح الهرسي وتكون سطحية مملحة
الاتصام

(الاعراض والسير)

اما القروح التزلية السطحية فالغالب ان تكون معهوبة بالام شديدة
تزداد بالتكلم والمضغ وكل من المواد المخاطية واللعاب يتزايدتا عظميا
بحيث يسيل من فم الاطفال على الدوام سائل صاف وتكون رائحة الفم
معتقة بسبب نفث الاخلية البشرية وهذا الشكل يسمى في بعض البلدان
بالالتهاب القمي المتين وهذه القسمة خطأ فانها تطلق ايضا على امراض خفيفة
اخرى اكثر نقلا من هذا المرض وهذه القروح تشفى بسهولة بالمعالجة اللائقة
ولا خطر فيها اصلا الا في الاطفال المتهو كين فانها فيهم تسرع بالانتهاء المحزن
بسبب عوقها بالمضغ والتغذية

واما القروح الجراية فتكون مصصوبة بالام عند التكلم والمضغ ويبقى
اعراض التزلة القمية ووجود القاع الدهني لهذه القروح وتيسر حافتها
كثيرا ما يورثان المرضي حالة قزع خصوصاً من تقدمت احابته منهم بقروح
افريقية وهذا الشكل يشق بعد يسير من الزمن بالمعالجة اللائقة
واما الحويصلات والتسلطات التي تظهر على طرف اللسان فهي وان كانت
متعبة قليلة الاهمية لانها تزول من تقسم بعد يومين او ثلاثة والتعب الذي
يحصل من هذه الآفة ليس بنسبة التغيرات التشريحية القليلة والقروح
التي في زوايا الفكين ينشأ عنها تعسر في التكلم والمضغ وتكون شديدة الالم
عند انقراض غير محسوسة عند آخرين وليست خطيرة في الغالب وان كانت
بطيئة الشفاء

واما القروح الجلدية والهربسية فالغالب ان تكون مصصوبة بالام
خفيفة

(المعالجة)

كل من الحويصلات والتسلطات الصغيرة التي تظهر في طرف اللسان يزول
بسرعة متى حفظ النعم بعض ايام من المؤثرات المضرة كتسريب التبغ وتعلطي
الاغذية الحارة وغير ذلك

وفي القروح التزلية القمية السطحية المنتشرة لا يكون لكلورورات
البوتاسا تأثير نوعي كما يكون له في غيره هذا المرض من امراض النعم
فالاجود من هذه القروح يحلول تترات الفضة او محلول السليماني الخفيف
جدا فانه ناجح كبحاحه في معالجة بعض الامراض الجلدية بالاستحضارات
الزئبقية

واما القروح الجراية فينبغي في معالجتها الالتفات الى المضاعفات المعديه
فيجب اولاً انالها ثم علاج القروح المذكورة بمعالجة موضعية قوية واجود
الوسايط تأثيرا مسهما باطوار الجهنفي وان كان مؤلما مع استعمال كلورورات
البوتاسا من الباطن ومس مثل هذه القروح بالجرجر الجهنفي صلبا وان كان
مؤلما الا انه كبد الصاح سريره

واما قروح زوايا الفكين فانها لا تستدعي معالجة باطنية وان كان بعضهم

أوصى فيها باستعمال كاورورات اليوتاسامن الباطن وبالمس بالجزء الجهني
 أو بضمض التحريك لمركز كآفاله (دلييه) و (بلس)
 وأما القروح الجلدية والهرسية فلا تستدعي معالجة مخصوصة
 • (المبحث الخامس في الآفات الزهرية القمية) •
 (كيفية الظهور والاسباب)

أما القروح الزهرية القمية الأولية والطح العريضة الأولية اعني التي
 تنتج عن عدوى اولية في القم بواسطة السم الزهري فينكثر حصولها في القم
 طبقا لتجارب المستجيبة على عكس ما كان يظن سابقا وكثيرا حصولها
 يشاهد في قم الرضع عقب العدوى من حلة ثدي المرضعة وقد تنشأ في احوال
 أخرى عن عدوى لا واسطية في القم عقب الزنا غير الاعتيادي (اي الايلاج
 في القم) او لثدي الصناعي او تقبيل اشخاص مصابة بقروح زهرية في القم
 وقد شاهدت عائلة اصاب منها عشرة اشخاص مختلفي السن بقروح زهرية
 والطح عريضة في الفشاء الخاطي بالكيفية الاخيرة

وأما القروح الزهرية الثانوية والطح العريضة اي التي تنتج عن تأثير ثانوي
 للسم الزهري عقب اقتضاره في البنية وتأثيره في القسم فتشاهدت ما في باطن
 تجويف القسم ليس بادر ويمتد من الخلق اوزوايا الشفتين الى الاجزاء
 المجاورة لهما من باطن القم وأما الاصابات الشلائية الزهرية في القم اعني
 الاصابات التي تحصل في آخر اذوار الداء الزهري كالأورام الزهرية المعروفة
 بالزوائد الصغيفة فتشاهد على اللسان وكثيرا ما تحتلط بسرطان هذا
 العضو

(الصفات التشريحية)

كل من القروح الزهرية الأولية والثانوية والطح العريضة ينشأ عن
 تبيبات زهرية في الفشاء الخاطي القمي اعني عن ارتفاعات حلية فيه ثم
 يتراكم اخلية بشرية عليها يصير سطحها الظاهر ميبضا كأنها اقدمت بالجزء
 الجهني ثم يتكون عنها تسلخات او قرحات عقب تلاش جزئي في هذه
 الطبقة البشرية او درن عريضة عقب غمورها و يجلس القروح غالباً زاويتا
 القسم وتبقى سطحية في هذا الجزء فكانت تحصل في زاويتي الشفتين تشقق

وكثيرا ما يوجد حول دائرة هذه القروح دون زهرى صغير واما القروح
التي تظهر على ظهر اللسان وجانبيه فتكون على هيئة تشققات كثيرة القروح
أوقليته وقاعها غير المنتظم يكون مغطى بعمدة مبيضة سنجابية واما اللوز
العريض فمجلسه الاعباضى اما جانبيا اللسان بان يكون على جانبيه
ارتفاعات سطحية في الغشاء المخاطي ويكثر تراكم البشرة المخاطية على سطح
هذه الارتفاعات بحيث يكون سطحها الظاهر مبيضا واما ظهر اللسان بان
يتكون عليه قوالب حلية مقرطحة القاعدة مستديرة او بيضاوية ولا يتدر
عبار الحلمات اللسانية المختلطة التراكمة على قاعدة هذا العضودرنا
عريضا زهريا كاي زعمه العوام والاطباء غير المقرنين

واما اورام اللسان العنقية الزهرية فانها تظهر غالبيا في ثلثه المقدم في
الابتداء يشاهد من متيسر يتفتح بسرعة ويستحيل الى يزور في حجم القولة
او الفسدة ثم يابن ويفجر فيما بعد ويعقب ذلك قرحة غائرة محدودة ذات
حافات منفصلة متيعة

(الاعراض والسير)

كل من القروح الزهرية الأولية والثانوية يحدث آلاما في القم عند التكلم
والمضغ ويصطبغ باعراض التلثة القمية المزمنة المذكورة في المبحث الاول
وتشخيصها يستتج من الوقوف على السوابق المرضية ومن الظواهر المدركة
بالنظر التي ذكرناها فيما تقدم

واما اللوز العريض الذي مجلسه جانبيا اللسان فلا يحدث الا نالما قليلا
للمريض بل قد لا يستشعره الا اذا كان مستيقظا لظواهر مرضه بالكلية
اذ تقدمت اصابته بالداء الزهرى وقد يزول من محل ويظهر في آخر
وقد يزول بدون معالجة بعد يسير من الزمن ثم يظهر ثانيا فانه ذو ميل للتكسنة
واما اللوز العريض الذي يظهر على ظهر اللسان فانه يعوق حركته ويعسير
متعبا وتشخيصه بالنظر سهل حيث لا يمكن اختلاطه بغيره

واما الاورام العنقية في اللسان فتظهر بدون ايلام بل ولا ينج من تقرحها
زيادة الم الا انها تحدث عسرا في حركات اللسان وتقلل عقوق المضغ والتكلم
واما القروح التي تعقب انفجارها فانها تكون مؤلمة عند لامسة حافات

الاسنان لها والمطعومات اليابسة

• (المعالجة) •

الاصابات الزهرية القسمية تعالج على حسب القواعد المذكورة في الجزء الثاني فان كلامنا من القروح الزهرية الاولى والثانية والطبخ العريضة القمية يزول سريعاً باستعمال المركبات الرتيقية وايكن الطيب متناً كدامن انها تقهشن بل وتزول بالكلية عند استعمال هذه المعالجة الرتيقية بسرعة لكن ينبغي الاحتراس من استعمال الاستحضارات الرتيقية عند تكرر نكسات الحملات الزهرية في القسم متى كانت هي العرض الوحيد للداء الزهري وكذا الاورام الصغية الزهرية في اللسان فانها كذلك تنشق في كل دور ومن ادوارها بواسطة المعالجة اللائقة

• (المبحث السادس) •

في الآفات الاسكروبية القمية المعروفة بالحقر

• (كيفية الظهور والاسباب) •

تغير اللون تغيراً مرضياً بعد من الطواهر الملازمة الابتدائية في اكراس حوال المرض المعروف بالاسكروبو والتغيرات التي تكايدها اللونية شبيهة بالتغيرات التي تنشأ عن هذا المرض في غيرها من المنسوجات ومجموع هذه التغيرات يقضى الى ان التغير حاصل في جدار الاوعية لافى الدم نفسه (فان يتبعو تغير الدم فيها غير معلوم ولم يثبت وجوده) وبهذا يسهل علينا توجيه منشأ حصول النضوح المتنوعة والميل لحصول الانزفة التي نشاهد في هذا المرض وسنذكر (ان شاء الله تعالى) الاسباب المحددة للاسكروبو وتغير اللون الملازم له في الجزء الثاني

(الصفات التشريحية)

مجلس التغيرات الاسكروبية في القم اللونية وحدها و اجراء اللونية الفارقة للاسنان لا تصاب بهذه التغيرات كبقية اجزاء القم ولذا ترى الاشخاص الفاقدين للاسنان لا يكابدون التغيرات الاسكروبية القمية اصلاً ثم ان هذه التغيرات قد تكون قاصرة على جهة واحدة من القم بل على محيط بعض الاسنان دون البعض الآخر وذلك انه يشاهد في ابتداء هذا المرض حالة

محمرة على الخافة العليا من اللثة ثم تأخذ اللثة بعد يسير من الزمن في الانتفاخ
وتكتسب لونها من رقا كاليا خصوصا امتداداتها الزاوية الكائنة بين
الاسنان فانها تنفتح وتنفذ التصاقها بالاسنان وهذا الانتفاخ الناتج عن
ارتشاح اوزيماوى وانسكاب دموى في جوهر اللثة قد يعظم جدا حتى
يجاوز الاسنان ويغطيها او يكون اورااما اسفنجية على سطح اللثة يبلغ احدها
نصف قيراط بل ازيد من ذلك وقد يلين ظاهر سطح اللثة التي حول الاسنان
او قشرة الاورام مدقسير المرض فيستحيل ما ذكر الى ما ذكر خوفا ذات
لون كاب ينتج عقب قذفها فقد جوهر من اللثة والتسكوز الذي يحصل في هذه
الاجزاء ينشأ بحسب الظاهر عن قوت الاجزاء المرتخصة وقوت اعظيها وعن
الضغط الواقع عليها حينئذ من الاسنان وعند الشفا من زوال انتفاخ اللثة
فتنطبق على الاسنان وتعود الى لونها الطبيعي ثم في احوال نادرة يحصل مدة
المرض تكون منسوج خلوى جديد ولذا تبقى اللثة بعد زوال انتفاخها
متبعية غير مستوية السطح اى انها تبقى ذات قعديات

(الاعراض والسير)

انتفاخ اللثة العظيم يصير المضغ مؤلما جدا بل متعذرا في الغالب ويصير
الافراز المخاطي واللغابي في القممة ايدا وعند المضغ او دنى ضغط على اللثة
يسيل منها انزفة وسوائل القم تنعفن من اختلاطها بالدم فينتج عن ذلك
رائحة منتنة كريهة وبهذه الظواهر مع منظر القم وما فيه من التغيرات التي
شرحناها تنف على حقيقة التشخيص خصوصا بانضمامها بالبقية اعراض
الاسكربوط

(المعالجة)

كثيرا ما تعود اللثة المريضة الى حالتها الطبيعية بسرعة عقب معالجة لانتفا
بالمرض الاصل والعادة ان تستعمل المضامض القابضة مع الوسايط المصيبة
والخوائية التي سذكرها بعد عند معالجة المرض الاصل واكثرها استعمالا
روح حبشية الملاقي وصبغة المرو والرتانيا وكذا مغلي الصفصاف والبلوط
وقشور الكينا وقد شوهد في وباء تسلطن في مدينة براج حصول النباح
في تحتل الاسنان الاسكربوطى بغسل القم بالخل القاتر المضاف اليه يسير من

روح النيد وقد استعمل ايضا عند ارتقاء هذا المرض من اللثة بخلاوط
مضاف اليه حمض الكلور وايدريك وتخلط الاسنان المتخلف عن هذا الداء
يزول باستعمال المغليات القابضة ومحلول الشب

• (المبحث السابع) •

في الالتهاب الحمى القطري والقشطي (المعروف

بالوجيت عند القرائساوية)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

هذا الالتهاب كان يعتبر التهابا فانفصيا مخصوصا الى ان ظهر بالاستكشافات
الحديثة وجود مواد تبيانية طفيلية متكررة على سطح الغشاء المخاطي وهي
ان لم تكن وحدها سببا لهذا المرض فهي اقوى اسبابه وهذا القطر الثباتي
المسمى بالاديوم البكائن كما سماه المعلم (روين) لم يشاهد خارج الجسم
ولم تعلم كيفية وصول جرثومته الى القم وانما المحقق وجود اسباب مخصوصة
لاجل تشبث جرثومته الطفيلية بالقم ونموها فيه وهذا المرض يوجد في
الاطفال عقب الولادة بايام او اسابيع قلائل ويندر حصوله لهم بعد
شهرين واما الاشخاص البالغون فلا يشاهد فيهم الا في الامراض الثقيلة
المنهكة قبل الموت بنز يسير فينتج من ذلك ان جرثومة هذا القطر تثبت وتقوم
بسهولة عندما يكون المضع والازرداد ضعيفين بحيث ان هذا القطر يمكن
ان يتشبث وينمو في متحولات الحلال الخلايا البشرية المتراكمة وبعض بقايا
الاغذية المتخاططة بها والظاهر ان الطبقة المخاطية المغشية للقم تتمتع تشبهه
ومتى وجد الغشاء المخاطي جافا في المولودين حديثا وكذا المتوكلين ساغ
القول بتكون هذا القطر احيانا من قبل فيهم وليس من القريب للعقل ان
قله افرز المواد المخاطية في القم اول درجة من درجات الالتهاب القسبي
الزلي في جميع الاحوال وان كان التهييج غير المعتاد الناشئ من الحركة
الرضاعية كثيرا ما يكون سببا في حصول تهيج زلي في الغشاء المخاطي الرقيق
للاطفال المولودين حديثا ومما يستدعي نحو هذا القطر قلة النظافة ولذا
يكاد يصيب جميع الاطفال الموجودين في مارستانات المتقططين والولادة
لانها غالبا يحمل في نظافة افواههم التي يكاد يترتب عليها عدم انتشار

هذا المرض

ثم انه وان نتج تلقيح القطر المذكور في بعض الاحوال من قم طقل الى آخر
تلقيا لا واسطيا لا يمكن اعتبار هذا المرض من الامراض التي تنتشر باصل
معداته ليس من الضرورى ظهوره في شخص موجود بجوار شخص مصاب
به بل الظاهر ان جرمونه منتشرة جدا وموجودة في كل مكان بحيث يظهر
ويغوى ويحدث الشروط المساعدة على نموه

(الصفات التشريحية)

يوجد على السطح الباطن من الشفتين واللسان وسقف الحلق نقط صغيرة
مبيضة او بلقية رقيقة وعند اشتداد المرض توجد مواد جينية او
دهنية منظرها كاللبن المتعد ويسهل في الابتداء فصلها من الغشاء المخاطي
ثم تلتصق به التصاقا جيدا وهذا الطلاء الجيني يتسدا حيا نامن القيم الى
الخبرة والغالب امتداده الى المري حتى ان هذا العضو احيا نايكون
ممتلئا بمقدار عظيم من هذه المواد القطرية وامتداد هذا المرض الى المعدة
لا يكاد يشاهد مطلقا وبالبعث الميكروسكوبي في هذه المواد الجينية يرى
انها مشحونة على اخلية بشرية حديثة وقديمة وكرات شمعية بظلالها خليات
مخصوصة مستديرة وخبوط فالاولى اى الخليات يعرف بشكلها البيضاء و
ودائرتها الواضحة ويحوي بعضها الظاهر واختلاف حجمها وهي علامات نموها
انها اخلية نباتية قطرية والثانية اى الخبوط التي تنشأ من هذه الخليات
تختلف في الغلظ وتكون ذات حواجز وانعاجات يخرج منها قرومات
على شكل زوايا حادة ذات قطر كقطر الخبوط الاصلية وهذه الخبوط تكون
اشكالات شجرية منتظمة واذا كانت متراكمة على بعضها تكون على هيئة
البيدو ويجلس هذه المواد القطرية في الابتداء الطبقات السطحية من الطبقة
البشرية المخاطية ثم تنفذ بين اخليةها وقد تنو بدرة وتنفذ في سمك الغشاء
المخاطي

(الاعراض والسير)

الرضاعة للاطفال المصابين بالالتهاب القمحي القشطي تكون مؤلمة وكذا
الاشخاص الايولون للالتهاب الرئوى والسرطان يشتمكون بهر تان في

القم عند ظهور هذا المرض فيهم ومن المشكوك فيه ان آلام المرضى ناشئة
عن تأثير المواد المذكورة في الغشاء المخاطي او عن حصول تهيج الدم ابي
مصاب لتكوينها في الغشاء المذكور ومحدث تلك الآلام ومعين على نمو
القطر

وكثيرا ما يشاهد في الاطفال المصابين بهذا المرض امهالات مصحوبة
بالآلام في البطن ونزوح مواد سائلة مخضرة ذات خواص حمضية وكثيرا
ما تنحدر اثرة الشرج والالبتان والسطح الباطن من الفخذين بل قد يحصل
فيها تسليخ سطحي ولكن هذه الاعراض تشاهد في الاطفال الرضع بدون
ان يكونوا مصابين بهذا المرض كالعكس اى انه يوجد فيهم هذا المرض ولا
توجد تلك الظواهر اعتبرها بعضهم مضاعفات في هذا المرض غير لازمة
له وبعضهم سمي (والعكس) يعتبرها اعراضا لازمة والحكم في ذلك
عسر والذي يظهر ان الامهال لا تعلق له في كثير من الاسوال بالتولدات
الفطرية القمية لكن حيث ان امهال الاطفال في معظم الاحوال عذوب
لتخللات غير طبيعية في المواد الغذائية وان تكون هذه المواد النباتية
الفطرية يحدث لتخللات غير طبيعية فالذي يظهر ان جزءا عظيما من تلك
الامهالات ناتجة عن وجود المواد الفطرية المكروية في القم ووصولها
الى المعدة والامعاء

(المعالجة)

اكثر الامهات ولوا القطنات منهن لا يعتسرين بنظافة افواه الاطفال الرضع
اللازمة لمنع حصول هذا الداء اعتناء كبيرا لانهم وان فعلتم - هم ذلك في
الصباح وفي المساء يتركهم ينامون وحلة الثدي في افواههم ثم يحذبها
بلطف مخافة ان يستيقظوا فيبقى في افواههم كمية من اللبن ففسد وتسبب
تجويف القم مستعدا لظهور هذا القطر القمي ونحوه وربما ساعدن على
ذلك القوا بل لبهلن او انهن لاهالهن بتحقيق عن الامهات ان عدم النظافة
هي السبب في تكون هذا القطر بل قد يعتقدن ان ظهوره وانظر القمي
مرض غير مخوف بل معين على نجاح هذه الاطفال فيجب على الطبيب ان
يوصي بتنظيف فم الاطفال بعد كل ارتضاع مطلقا في حال البقطة والنوم

بمحو خرقه رقيقة مغموسة في الماء القراح او المزوج بقليل من النبيذ
 الاخر فهذه الكيفية تكاد الاطفال لا تصاب بهذا المرض اصلا
 ومتى حصل التهاب القمى القطري يقتصر فيه على ازالة المواد الجنبية
 بكشاهها بلطف واحتراس وتنظيف القم تنظيفا جيدا والوسائط التي تجريها
 القوابل من ذوالسكر في القم او مسه مخلوط مر كب من البورق ومعدل
 الورد غير جيدة فينبغي رفضها لانها تصير القم لزجا وتعين على حصول
 الانفصالات غير الطبيعية فلا تنفع حصول هذا القطر مطلقا والاسمالات
 المصاحبة له تعالج على حسب القواعد التي سيأتي بيانها
 • (تنبيه) • ما ذكره المؤلف في معالجة انواع التهاب القم المختلفة تقريرا كاف
 في كل مجت على حدته وانما لزيادة الايضاح في معالجة كل نوع من التهاب
 القم تذكر مع الاجمال معالجة جميع هذه الامراض وضميف الى معالجة كل
 مرض ما نتحقق لنا منفعة في العمل ولو ترتب على ذلك احيا نابعض تكرار
 بالنسبة لما ذكره المؤلف فنقول

يجب على الطبيب في معالجة انواع التهاب القم مطلقا سيما في الاطفال البحث
 عن حالة الاسنان والاجتهاد في مساعدة حصول التسنين ومنع تعاطي
 التغذية بالمواد الحريفة والساخنة والباردة جدا مع الاصابة بالاعذية
 اللطيفة السائلة او الرخوة ومنع شرب اللبن في اثناء المرض ان ذلك مع
 استعمال مضامض عينية او حضية خفيفة يحصل تحسين في حالة الالتهاب بل
 ربما كان ذلك كافيا في شفاء الالتهاب القمى النزلى البسيط

وشكل الالتهاب القمى المعروف بالقلاع قد تمكن في هذه المعالجة البسيطة
 لكن الاوفق في هذا المرض فعل كي سطحي خفيف جدا بالخر الجهنى او
 بمحاولة في الاصغار المربضة لازالة الالم وسرعة الالتئام ويحتاج في هذا
 الشكل الماء اللطيف بالكبة للتغذية وحالة القناة الهضمية اذ كثيرا ما يكون
 القلاع منعلما بتهميج في الشفاء الخاطي المعدي المعوى الناشئ عن الاغذية
 الكثيرة الفاوية والازوتية المحضة ففي مثل هذه الاحوال ينبغي مع المعالجة
 السابق ذكرها استعمال اغذية لطيفة من الحوم البيضاء وبعض
 الخضراوات اللطيفة وشرب بعض المياه المعدنية المسهلة وتجنب الاغذية

المألوفة الحريفة وفي هذا الشكل يعتبر كلور ووروات البوتاسا نوعيا بكانيه
 عليه المؤلف فلا بد من استعماله بالكيفية التي ذكرها في مبحث القلاع واما
 شكل التهاب القم ذي الغشاء الكاذب والتقرح فمبني ينبغي الالتفات
 بالكلية لحالة الصحة العمومية وجعل المرضى في اوساط صحية جيدة
 وتبعدهم عن بعضهم وعن السليين احيانا اذا كان يخشى انتشار العدوى
 ويوصى في هذا الشكل بالخصوص باستعمال كلور ووروات البوتاسا من
 الباطن والظاهر على شكل غسل حيث ان نجاح هذا الجوهر الدوائي في هذا
 المرض مؤيد بالتجارب واستعمال الغلات به على شكل مضامض وان كان
 لا يخلو من الفائدة الا ان استعماله من الباطن بمقدار من درهمين الى غماتية
 في ١٥٠ جراما او ٢٠٠ من الماهو العظيم القادة اذ بهذه الكيفية تفصل
 الاغشية البكاذبة بسرعة وتأخذ التقرحات في الالتئام واطاف بعضهم عند
 استعمال محلول هذا الجوهر من الظاهر كزل حشيشة الملاعق بمقدار ٢٠
 جراما من الاخير على ٢٥٠ جراما من الاول وعند استعمال هذا المرض
 عن هذه المعالجة وتعمى القروح عن الالتئام ينبغي الكي بالجر الجهنمي
 وهذا الجوهر الدوائي يستعمل كذلك بنجاح في التهاب القمى الرئوي
 الا انه في هذا الشكل لا يقتصر عليه بل ينبغي المبادرة باستعمال معالجة
 موضعية في اللثة اما بمسح بمحلول الشب او بمحض الكلور ايدريك بواسطة
 فرشاة ويضم لذلك استعمال المسيلات مع التكرار بحسب الحال لاجل
 استخلاص القناة الهضمية من الجواهر الزبقية اذا كانت محتوية
 عليها وعند تراندا للعاب وشدة الالم يستعمل المركبات الافيونية وفي انتها
 سيره تستعمل المضامض القابضة تباينة كانت او معدنية وان اعقب هذا
 الشكل قروحا واستعصت عن الشفاء ينبغي مسها كذلك يتران القضة صلبة
 او سائلة او بمحض الكلور ايدريك واما التهاب القم الجبقي فلا نقول فيه بما
 قاله المؤلف من عدم المنفعة لما بناه في كثير من الاحوال من نجاح
 المسيلات القلوية مع استعمال مخلوط من اجزاء متساوية من معسل
 الورد والورد وعند ما تكون التراكبات الجينية منتشرة في القم ينبغي بعد
 كشطها بفرشة مسها يتران القضة لاجل استئصالها ومع ذلك فغترف بان

الغسل بالماء مع التمدد بعد نزاع المواد الجينية وحفظ طاقة القم كاف في
الاحوال الجيدة

وعند تسلط حضية القم وتعرض الازدراء الناتج من امتداد هذا المرض
في المريء ينبغي استعمال المضادات والمثرويات القلوية كما ينبغي بانقراده
او مزوجا بالبن

• (المبحث الثامن في التهاب اللسان) •

(كيفية الظهور والاسباب)

اصابة الغشاء المخاطي المغطي للسان باشتراكها في الالتهاب التزلي من القم
سبق ذكرها في بحثكم في هذا المبحث الاعلى التهاب جوف هذا العضو
مع شكليين سطحيين خفيفين من هذا الالتهاب حيث لم يكن له مظاهر
حقيقية بالتهابات الاغشية المخاطية الاخرى

في التهاب جوف اللسان يحصل التضرع الالتهابي بين الالياف العضلية
السائبة غالباً واما نفس الالياف العضلية فالتهابها وتلاشيها نادراً جداً
راجع كيفية ظهور الالتهاب العضلي للقلب

ثم ان هذا المرض نادراً يحصل الاعقب المؤثرات القوية في اللسان
كالحرق ولغم التحلل والزناير وتهيج اللسان بواسطة واهر حريفة
او كاوية

واما الالتهاب اللساني الحسري المزمن فينشأ في الغالب عن ضغط حافات
الاسنان الحادة ومما يسمي التبغ الخشن

واما اسباب الالتهاب اللساني التشققي فغير معروفة مثل اسباب الالتهاب
اللساني السطحي الذي يسمي بعضهم بسبورياز من القم فان هذا الالتهاب
عبارة عن ارتشاح في الغشاء المخاطي اللساني مع تكون طبقة بشرية تتكون
مرضياً وقد شاهدت ثلاث مرات في الزمن الاخير هذا المرض الذي شرحه
جيدا المعلم (ريبر) في رسالته المؤلفة في امراض الجلد ومما يميزه
(الصفات التشريحية)

اما الالتهاب اللساني الجوهري الحاد فيم جميع اللسان غالباً وينسب
يقصر على احدى جهتيه فيعظم حجم اللسان حتى يصل الى ضعف حجمه

الاصلي بل ازيد ويكون ذالون اسجدا كن وسطحه الظاهر املس او متشققا
ومغلي ينضج لزج دوي غالبا وجوهر هذا العضو يكون رطبار خواباها
فاذا حصل التحلل عاد اللسان الى حجمه ومنسوجه الاصليين وقديني اللسان
في بعض الاحوال على الدوام متبساخضما وقديني ~~تكون~~ في سمك في
بعض الاشكال النقبية من هذا المرض خراجات صغيرة يعظم حجمها بعد
وتصلط بعضها ثم يتشعب الغشاء المخاطي وتخرج المواد الصديدية لتلك
الخراجات ويحل الجوهر المذوق بسبب ذلك يلصم قشقه مذبة متشعبة
منكمشة

واما الالتهاب اللساني المزمن الجزئي فتوجد فيه محال متبسة محدودة على
جانب اللسان عديمة البروزا وقليلة بل قد تكون على هيئة نوب جاذبة لما يحيط
بها من منسوج هذا العضو جذبا لشعيا ويلتأثر الجوهر العضلي منه في
هذه المحال ويحل محله تولدات من منسوج خلوي

واما الالتهاب اللساني التشققي فيكون اللسان فيه منقسما الى جملة فصصات
مختلفة كثرة وقله بواسطة شقوق غائرة يجمع فيها بعض مواد غذائية وأخيلة
بشرية تكون سببا لتقرحات مسيطرة وكثير من هذه التشققات يكون
عبارة عن مجرد ثنيات في الغشاء المخاطي تشابه ثني الجلد الظاهر خصوصا
ما يوجد بكثرة في وجه الاطفال المتقدمين في السن

واما الالتهاب اللساني السطحي الذي شبهناه ببسيوريا من الجلد الظاهر فحده
يكون الغشاء المخاطي نحيما مندملا ومتشققا جلة شقوق وفي بعض المحال
تكون طبقة اللسان البشرية متزايدة ازديادا مرضيا وفي بعضها الآخر تفقد
بالكلية بحيث يظهر سطح اللسان املسا كما فكأنه مغلي بطبقة ذات
بريق ولعان

(الاعراض والسير)

الالتهاب اللساني الحاد يكون اللسان فيه متزائدا حجم جدا بحيث يكاد ان لا
يسعه القم فيبر زمن بين منى الاسنان اللذين يكاد ان يكونا متباعدين عن
بعضهما بقدر رقبة اظفر ياب ويكون سطحه العاوي ايضا وذلون مسمر
ومخ عند ما يكون النضج المغلي له مختلط بالدم وسطحه السفلى مجرادا كما

وتستحيل بسرعة الابتعاجات الفائرة التي تطبعها الاسنان على جانبيه الى
قروح ذات سطح شحمي ومن تور هذا العضو بسبب انتفاخه العظيم يحصل
الم شديد وبقدر كانه بسبب الضغط الواقع على اليانه العضلية من التضيق
الالتهابي ويتعذر كل من المضغ والازرداد ويسيل اللعاب من القم على جانبيه
ومع ذلك فالسطح العلوي منه لا يزال جافا فلا لعدم قنديته باللعاب وببقاء
القم منفصلا بحيث يكون سطحه عرضة لتصادات بخارية قوية وتنفخ العقد
تحت الفك وكذا العقد اللينقاوية العنقية ويحصل عوق في الدورة الودجية
فينتفخ الوجه قليلا ويصير مزرقا وقد يحصل ايضا عوق في التنفس عقب
تضيق فوهة الزمار بسبب انتفاخ قاعدة اللسان ولذا يحصل احيا فاقوب
اختناق يمكن ان تؤدي الى هلاك المريض ويصطبب الالتهاب اللساني الحاد
بحمى شديدة وامتلاء في النبض وضجر وقلق واضطراب عام ثقيل لكن حالة
المريض تتغير عند استقرار عسر التنفس فيصير النبض ضعيفا ويحصل هبوط
للمريض وتظهر الاعراض المنسوبة الى التسمم بحمض الكرونيك فاذا
كان سبب هذا الداء حمدا طبيعيا انضطت الطواهر المرضية تدريجا وان
عولج معالجة لانه فكتيرا ما تنط تلك الطواهر فجأة وان تكونت خراجات
في اللسان فان جميع الاعراض تزداد حتى يحصل انفجارها تنقطع بسرعة
وتحصل الراحة التامة

واما الالتهاب اللساني الجزئي المزمن فيحدث لما محدودا أصم واذا كان
هناك تقرحات فان الالم يصير محرقا والحال الميسمة من هذا العضو تعوق
حر كات اللسان وقد يستمر هذا المرض زمانا طويلا بحيث كثيرا ما يحتلظ
بالسرطان

واما الالتهاب اللساني التشنجي فيكون مؤلما جدا اذا كان هناك تسلطات بين
فصيصات اللسان وعندا لتعامها الا يبقى سوى الهيئة القصصية غير الطبيعية
وهي لا تكدر المريض مطلقا

واما يسري ازمن الغشاء المخاطي اللساني فهو آفة مؤلمة مستعصية تمكث
عدة أشهر بل سنين مصحوبة بثورات مختلفة وفي اثنائها وان هذا المرض
لا يكون للمرضى قدرة على مضغ المطعومات الصلبة بل ولا شرب التبغ وكل

حركة اسانية يعقبها الم شديد وفي اوقات اخرى تكون مكابدات المرضى قليلة جدا بحيث يتعشم في الشفاء السريع

(المعالجة)

معالجة التهاب اللسان الحاد ينبغي ان تكون قوية جدا بسبب الخطر الذي يمكن ان يترتب عليه والاستقراغات الصوية العامة والموضعية كارسال العلق على العنق ليس لها تأثير ووضع العلق على اللسان نفسه يزيد في المرض كما انه لا منفعة للمصرفات على القفا ولا للمخولات على القناة المعوية بالمسهلات او الحقن المهيضة وانما الذي ينبغي اجراؤه هو فصل الشقوق الفائرة تمتدة على جميع ظهر اللسان وعند ازدياد الانتفاخ لا يخشى من جرح الشريان القردى ويراد على ذلك ان يعطى للمريض حالة شدة المرض قطع من الجليسد او الثلج في فمه وعند الخطا الداء لا نستعمل الا المضامض المرخية الفائرة وان خيف حصول الاختناق ولم تجد الشقوق الفائرة تنفعا يمكن ان يلجأ الى عملية القطع الجفيري

واما معالجة التهاب اللسان المزمن فيجب فيها ازالة الخافات الاسنان الحادة وبحو ذلك فان لم تنقر وهو الغالب كان اجرا عملية الاستئصال هو الواسطة الوحيدة واما استعمال البود والمياه المعدنية البودية كما ينبوع ادلهيد والمسهلات فلم يثبت بالتجارب نفعها ثبوتاناما وانما استعملها مؤسسى على نظريات

واما معالجة التهاب اللسانى التشقى فيقتصر فيها على المس يترا القضاة صلبة ومحاولة

واما التهاب اللسانى السطحي فلا يثر فيه تعاطى المركبات الزبقية التي تستعمل خطأ فلان هذا المرض ينبوعه الداء الزهري بل يحصل من ذلك ازدياد في المرض وقد شاهدت تحسنا عظيما واضحا في احدي احوال هذا المرض الثلاثة التي شاهدتها بواسطة غسل القهمم ارا بالمضامض المأخوذة من حمض الكربوليك المخفف جدا مع المس به زمانا فزمنه كرا مع غاية الاحتراس

* (تنبيه) حمض الكربوليك هو المعروف بجمض الفينيليك وهو جوهر

مضاد لتعفن ويستعمل في احوال اخرى عديدة اكثرها من الظاهر كالجروح
وغیره من امراض الجلد

• (المبحث التاسع) •

في غنغرية الماء القم الضعيفة المعروفة بالنوما وبالسرطان الماء القم
السرطان الماء القم يعتبر شكلا من الغنغرية ناشئا عن التهاب ضمني طرأ
على الجسم وهو في حالة التهوكة فانه متى حصل تغير غذائي مفسد في جزء من
الاجزاء وكان مكابدا من قبل لاضطرابات عظيمة في تغذيته كان نتيجة ذلك
موت الجزء المصاب سريعا كما قاله (ورجوف) ولا يكاد يشاهد هذا المرض
الا في الاطفال المتهوكين اما لعدم كفاية التغذية اولدائها اولداده
مساكنهم او مكابدتهم امراضا ثقيلة وكثيرا ما يشاهد عقب الامراض
الثقيلة كالحمية ويندر شاهده عقب غيرها من الحيات الطفوية الحادة
او عقب التيفوس والالتهاب الرئوي ويظهر ان استعمال المركبات الزئبقية
في معالجة الامراض السابقة له دخل عظيم في حصول هذا المرض وكثيرا
ما يبتدئ في الظهور مع ظهور التهاب القمى الزئبقى حالا وحصول هذا
المرض في الاقاليم الباردة اكثر منه في الاقاليم الحارة ولا يظهر ظهورا
وباتيا البتة

(الصفات التشريحية)

هذا المرض يكاد يبتدئ على الدوام في الجهة الباطنة من الشدقين وحينئذ
يصير الغشاء المخاطي اعلى الجزء الصلب المرتفع اجردا كما ثم يتغير لونه
بسرعة وكثيرا ما يظهر عليه حوصلة متمثلة بمادة مصلبة عكرة وبسود
المقر المصاب بسرعة ثم يلين ويتلاشى ثم تمسك الغنغرية في بقية المصابات
فتأكل اللحم والثفتان وقاعدة اللسان وحافته المسامتة للجهة المصابة
ويتعري العنكان وتسقط اجزاه ما على هيئة قشور راي تقلس وتتخلل
الاسنان وتسقط وعند تقدم هذا الداء يمتد الفساد الغنغري الى السطح
الظاهر من الشدقين بسرعة بحيث يستحيل كل من الوجنة وجرم من الاتف
واللحم السفلي بل بقية احدى صفحتي الوجه الى مادة زغبية رخوة فطرية او
الى خشك ريشة جافة والاووية الدموية كثيرا منسوجات مقاومة للوقوع

في الفساد الغنغري في فأنها عند نشر يح الحمة توجد غالباً بمصونة الانما
متمثلة بتعقدات ليفية والاحوال النادرة التي يحصل فيها الشفاء تنفصل فيها
الاجزاء المتغفلة وتخلطها الزرار الحمة ثم اثر ندبة من منسوج خلوي ليفي
وعلى الدوام تبقى التصاقات في القم وتشوهات عظيمة في الوجه
(الاعراض والسير)

عند ابتداء الغنغريمة في الوجه الباطن من الغشاء المخاطي القمعي يشاهد
(طبق الشرح المعلم رئيسه وبرنس) بدون المظهر وورم اوزيماوي
رخوم مستوحدة وفي الخلد والشفة يمتد شياً فشيئاً ويشاهد في ممر كره فواء
منيبسة مستديرة مغطاة بجلد لامع ذي بقع باهتة او بنفسجية مرمية
والطفل يرى في حال سكون في فراشه ولو كان الفساد الغنغري في عظميا
واستحال كل من الوجه الباطن للخد والثنية الى خشكرشية عظيمة ويسيل
من القم لعاب مدمم اوسودومع ذلك لا يزال الطفل يلعب ويطلب الماء كل
وبأخذ ما يعطى له بشراهة عظيمة ويزدريه مع اللعاب وبعض القطع
المتغفلة المنفصلة ومع ذلك يكون الجلد منتقعا بارداً والنض صغيراً قليل
التواتر ويحصل له مدة الليل هذيان وقد يتكون في خده وشفته السفلى
خشكرشية محدودة جافة مسودة في نحو اليوم الخامس والسادس تمتد
زمنافزنا الى ان تم جميع احدى صفحتي الوجه ومع هذا كله فقد يكون
الطفل حافظاً القواء ويطلب الاكل بل يفرغ سديده بعض قطع غنغرية من
تجويف القم وعند سقوط هذه الخشكرشية يصير منظر الوجه مقزعا جدا
فتشاهد بعض اهداب غنغرينية متعلقة بالوجنة وتشاهد الاسنان من
خلالها متعربة متخللة وكذلك الفك ان فيشاهد ان متعريين مسودين
ورائحة القم حينئذ تكون متفنة جدا وتميط القوي ويحصل اسهال وعطش
يكاد لا يطفأ ويكون الجلد بارداً جافاً والنض صغيراً غير مدرك ويملك الطفل
من التموتة

وقد يحصل هذا الداء الشفاء في أول ادواره بل وعقب سقوط الخشكرشية
الظاهرة تنحدر الغنغريمة فيبط الورم وتحسن الحالة العامة ويخف سطح
الجرح ويظهر التقيح الجيد

• (المعالجة) •

يستعمل في هذا الداء من الباطن الاستحضارات الكيفية وماء الكلور
والقيم النباني ونحو ذلك من الجواهر المضادة للعقوة
• (تنبيه) • من هذا القبيل غسل القدم بمحلول مخفف من بير منجنات البوتاسا
بحرصه على القدم من الماء

اكن لاثرة لهذه الوسائط فان الالبصاء باستعمال هذه الجواهر مؤسس على
ظنريات لاعلى تجارب والاجود الالتفات لحالة التغذية والهواء الجيد وان
يعطى لاطفل مقدار قليل من النيد ثم تعالج الغنغرينة بمعالجة موضعية
بحسب القواعد العامة الجراحية وقد اوصى في هذا الداء باستعمال جميع
الكاويات لكن اشهرها الحديد الحمى والغرض منه افساد الاجزاء
المتفجرة واحداث التهاب مع رد فعل في الاجزاء المحيطة به تعدد الغنغرينة
وتتصل

• (المبحث العاشر) •

(في التهاب النكسيتين وما جاورهما)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

التهاب النكفة يقطع النظر عن احوال التهابها الجسرى اى الناشئ عن
جروحها و اجسام غريبة تنسجت في قنواتها الناقلة او تراكبات حجرية
تسكون فيها وتلك احوال تخص علم الجراحة يميزها شكلان شكل ذاتى اى
اصلى وشكل عرض ويسمى بالمتاستازى اى الانتقال الى

وقد اعتبر الشهير (فرجوف) مخالفا لاداء المتفق عليها ان القنوات الصغيرة
العامية للغدة النكفية هي منشأ هذا المرض وقد اثبت ذلك صريحا بالنسبة
لالتهاب النكفى العرضى بل واثبت ايضا ان الاصابة الاولى للقنوات
المذكورة بالنسبة لالتهاب النكفى الذاتى اقرب للعقل من اصابة جواهر
الغدة نفسه الكاش بين هذه القنوات ومتى وافقنا هذا الشهير واعتبرنا ان
الالتهاب النكفى الذاتى ينشأ عن التهاب تولى في القنوات العامية ليس له ميل
للتقيح وان العرضى ينشأ عن التهاب التولى الذى يميل للتقيح بالكلية ظهورنا
ان اعراض هذا المرض وسيره وما يبر عنه بالاستتال فيه قليل الاتهام

بخلاف ما إذا اتبعنا آراء القدماء في كون جوهر الغدة نفسه هو منشأ هذا المرض ومجلسه الحقيقي

أما الشكل الذاتي فالأغلب أن يكون حصوله وبأشكاله ثدراً أن يكون أفراداً ومثل هذه الأوبئة يتسلطن في فصل الربيع والخريف عند تسلطن الرياح الباردة الرطبة ويندر حصولها في أثناء الصيف عند تسلطن الرياح الحارة اليابسة وتختلف مدة هذه الأوبئة وقد تكون فاصدة أحياناً على بعض الأماكن العامة كبيوت المتقطين والقشلاقات ونحوها وكثير من المشاهدات الأكيدة ما يؤيد أن انتشار هذا المرض بالعدوى قريب للعقل جيداً ولا يسوغ كما قاله (وليه) ضم هذا المرض إلى الأمراض التسممية العامة أي جعل التهاب النكفة ظاهرة موضعية لمرض عمومي أي لمرض في الدم وتشبيهه بمرض الجلد في الأمراض التسممية الحادة لكن ما ذكرناه من الاعتراض عند الكلام على السعال التشنجي بالنسبة لا اعتبار من الأمراض التسممية العامة بمعناها الحقيقية بلحيث العزل لهذا المرض عن الأمراض التسممية العامة ولو كان معدياً والعادة أن الأطفال والشيوخ لا يصابون بالالتهاب النكفي الوبائي وأصابة الذكور به أكثر من الإناث

وأما الشكل العرضي فيصحب بعض الأمراض العامة الثقيلة سيما التيفوس فيكاد يصحبه على الدوام في بعض الأوبئة وثدراً يشاهد هذا الشكل مدته سير التقويد الهبضي والتسمم المديدي والحصبة والجذري والدوسونطاريا وبعض التهابات الرئوية الثقيلة ونحو ذلك والأوبئة السيي الذي بين هذا الشكل وهذه الأمراض غير معروف

وربما توهم أن التهاب النكفي القسبي الذي يصاحب التيفوس على الدوام هو السبب في حصول التهاب النكفي بواسطة امتداد الالتهاب النكفي من الغشاء المخاطي القسبي إلى القنوات الناقلة لهذه الغدة ومع ذلك فهذا منقوض بأن كثرة حصول التهاب النكفي في أثناء سير التيفوس ليس بنسبة شدة إصابة الغشاء المخاطي القسبي وكذلك يتقضى بأن التهابات النكفة تحصل كذلك في غير هذا المرض من الأمراض غير المعهوبة

بتغير في الغشاء المخاطي القمعي وحيث ان الالتهاب النكفي العرضي
لا يحصل فقط في اثنا عشر الامراض التسممية الحادة بل في الالتهابات الرئوية
ايضا فمن الجائز ان يكون تجميع الغدة النكفية متعلقا بتسهم الدم والقول
بان هذا الشكل في بعض الاحوال عبارة عن بجران ذي ثأين جيد في سير
المرض الاصلى خطأ مؤسس على نظريات تنافي الحقيقة فانه متى طرأ
الالتهاب النكفي مدة سير بعض الامراض الثقيلة اعتد به مطلقا مضاعفة
ثقله غير ما لو فقه

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية في الالتهاب النكفي اذا قي ليست معلومة لنا اكيدا
فانه ليس عندنا استكشافات تشريحية مرضية لا واسطية لكون سير هذا
المرض يكاد يكون على الدوام جيدا انما يحكم بكل من رخاوة الورم وقلة
الالام التي تصاحب ابتداء هذا المرض ولا سيما بالزوال السريع لهذا
المرض بدون ان يخلفه اثر على ان هذا الالتهاب يتقوم من مجرد تضخم مصلى
ومن وان ذكرنا فيما تقدم ان هذا المرض يبتدىء بالقنوات اللعابية الا انه
لا يشك في كون مجلس الاستفاح في المنسوج الضام الكائن بين القنوات
الغدية وفي المنسوج المتلاوي المحيط بالغدة ويكون الورم غالبا ممتدا
امتدادا زائدا عن حدود الغدة ولا يستغرب ظهور استفاح او زيماء عظيم
حول القنوات المذكورة فان ذلك يشاهد بكثرة في احوال اخرى مماثلة
لذلك ومن النادر حصول تضخم لبق صلب في هذا الشكل وتكون صديدي
ولا نعلم ان كان منشأ التقيح المنسوج الضام او الغدة نفسها لكن من
القريب للعقل ان تكونه يكون كسكونه في الشكل العرضي

واما الالتهاب النكفي العرضي فانه يبتدىء باحتقان عظيم في الغدة طبعا
لمشاهدة الشخير (فرحوف) وبذلك يصير المنسوج المتلاوي رخوا منتفخا
ثم تحصل بسرعة تغيرات في القنوات الغدية ومجاريها الناقلة فيسمع فيها
مادة لزجة خيطية مبيضة او مصفرة تكتسب الصفة الصديدية بسرعة بحيث
يرى فيها بالمكرومكوب في اليوم الثاني او الثالث جسيمات صديدية مصهوبة
بكثير من الجسيمات اللعابية وعند تقدم التغير المرضي يحصل لين وتلاش

في القصبصات الغدبية يبتدى من باطنها بحيث ان التهيئات مما قليل عتلى
بالصدى وتكون تجاويف ممتلئة به ايضا واخيرا تملأ الطبقة الغدبية
الخاصة بالقصبصات الغدبية ويمتد التقيج الى المنسوج الضام وهذا التقيج
الخلاقي قديم بسرعة فيكتسب خاصية الالتهابات الملقمةونية المنتشرة
وفي مثل هذه الاحوال يتكون خراج نكتي عظيم اويثلاثي الجوهر
الغددي وهو الغالب وبذلك تنشأ خراجات صغيرة عديدة مع بقاء الجوهر
الخلاقي الضام ثم ان كلاً من الالتهاب والتقيج قديم من منشئه الى
انتجاها تحتلقة فينشأ عن ذلك عوارض خطيرة وغالبها حصول امتدادها الى
المنسوج الخلوي المجاور او الى عضلات المضع او الى سمحاق القوس الزوجي
او الصدغي او سمحاق العظم الاسفني او الى العظم نفسه وعند ارتقاء هذا
المرض الى درجة عظيمة يمكن امتدادها من العظام الى السحايا الدماغية او الى
جوهر الدماغ نفسه او الى الاذن الباطنة او المتوسطة وهذا الامتداد
كما يحصل بواسطة العظام قديم يحصل بواسطة اغدة الاوعية والاعصاب
وبالجمله قديم يودي التهاب النكفة الى التهاب الوريدى سيما التهاب كل من
الوريد الوجهي الظاهر المقدم والخلقي والوريد الودجى الظاهر او الى
تكون سد فيها وفساد هذه السد يمكن ان ينتج عنه ظواهر سديدة او فساد
الدم الصديدي

(الاعراض والسير)

التهاب النكفة الذاتي الغالب فيه ان تكون اعراضه الموضعية مسبقة
بمجيئ حقيقة فكل من الاضطراب العام والهبوط والم الرأس وفقد الشهية
واضطراب النوم وغير ذلك من الظواهر التي تصاحب هذه الحمى كغيرها من
الحميات تعتبر ظواهر سابقة لالتهاب النكتي الذاتي وبعد استقرار الحمى
يومين او ثلاثة واحيانا وقت ظهورها بشاهد تكون ورم يبتدى من ثمة
الاذن ثم يمتد بسرعة الى الوجنة ثم الى العنق غالباً والغالب ان يكون مجلس
هذا الورم احدي صفحتي الوجه ويكون صلباً من مركزه رخواً من دائرته
والجلد المغطى به يكون باهتا او محمراً قليلاً وهذا الورم يكون مصحوباً بالحمى
توترى ضاغطة لكنه غير شديد جدا وسر كان الرأس تكون عسرة بحيث

لا يكون للمريض قدوة على فتحه الأبعس ويوجد عنده صعوبة عظيمة
في المضغ والازدياد وأما إفراز العاب فيكون إما متزايدا أو متناقصا أو باقيا
على حالته الطبيعية ومكابدات المريض لا تكون بنسبة التشوه الزائد
الحاصل له الموجب للضحك لالترئاه والعاله والغالب ان المرض يمتد الى الصفحة
الآخرى من الوجه بحيث يشاهد ازدياد الانتفاخ فيها عند تناقص الانتفاخ
في الصفحة الاولى والانتفاخ في الصفحة الحية وفي نحو اليوم الخامس
والسادس والسابع يأخذ الورم في التناقص الى أن يزول وتنتفيح الحية
بالكلية فيكتب الوجه هيئته الطبيعية بعد مضي ثمانية أيام أو عشرة ومع
ذلك لا يزال في قسم النكفة مدة مختلفة من الزمن ورم محدد وغير موزن يابس
وأقل من ذلك حصولا ان يصير الورم أشد ألمًا في اليوم الخامس او السادس مع
ازدياد الاعراض الحية واشد سيوسه واحمرارا وحينئذ فتكون خراجات
تنفتح من الظاهر او من القناة السعوية الظاهرة

ثم انه قد يشاهد بعد مدية الالتهاب النكفي خصوصًا في الرجال اصابة إحدى
الخصيتين والصفن بالتهاب كالتهاب النكفي وحينئذ تحصل الآلام في قسم
القطن والعجز وفي أثناء توران الحية يتكون ارتشاح مصل في الطبقة
الغمدية القديمة وانتفاخ وزيماي في الصفن بحيث يكون ورمًا قليل التوتر
بحسب ما يندران يكون حمرا وهذا الالتهاب يكون عادة ذا سير جيد كالتهاب
النكفة فانه ينتهي في أيام قلائل بالتحليل وقد يتعاقب أحيانا التهاب النكفة
مع التهاب الخصية فيزول أحدهما عقب ظهور الآخر وبالعكس حتى ان
بعض الأطباء قال بانتهال التهاب النكفة الذاتي وعنده من الظواهر
الاتقالية وقد يقطع كل من هذين الالتهابين سيره مع الآخر ويظهر حينئذ
ان السبب في حصولهما واحد وليس ظهور أحدهما ناتجا عن زوال
الآخر ومثل ما يشاهد في الرجال من اصابة الصفن ما يشاهد في النساء أحيانا
من اصابة الشفرين العظيمن والتدينين باوزيمائية قلبية الآلام وفي
أحوال أخرى يظهر من وجود الآلام ترداد بالضغط في احد قسمي المبيضين
أن المبيض مجلس لالتهاب خفيف كالخصية بل قد يكون كل من الغشاء
المخاطي في المعدة والبلعوم والانف والمثانة مجلسا لالتهاب اوزيماي

عظيم الشدة قصير المدة في اثنا عشر سيرا التهاب النكفي الوبائي فقد اتت
منذ قليل من الزمن الى مريض مصاب باعراض التهاب معدى شديدة وهي
الاحساس بالثقل غير مطاق في قسم المعدة وفي عتواتر عقب كل مضموم وهي
شديدة وغير ذلك فبالبحث الجديد ظهر في ان الاعصابة الموجودة سبقها التهاب
نكفي خفيف منذ ثمانية ايام واعقب زوالها التهاب في النخسية لم يزل اثره
باقيا في المريض وبعد اليوم الخامس من ذلك شفي بالمعالجة الخفيفة جدا
وبالجسلة قد يشاهد احوال يظهر فيها في مدة سير الالتهاب النكفي الذاتي
التهاب مصحافي ينتهي انتهاء محزنا

وأما الالتهاب النكفي العرضي فان حصل في اثنا عشر سيرا او غيره من
الامراض التي ذكرناها فلا تشك في المرض الواقعة في حالة الخدر والهبوط
بالآلام ولا غيرها من الاعراض وقد يكون تكون ورم النكفة مسبوقا
بقشعريرة خفيفة وتوران في الحى وهذا الشكل يظهر تارة بالتدريج وتارة
بجأة والغالب أن يكون قاصرا على صفحة من الوجه واما اذا حصل التهاب
النكفة مدة النقاهة من التقيوس فيكون مصحوبا بالاعراض المحسوسة
للمريض التي ذكرناها عند الكلام على الالتهاب النكفي الذاتي

ثم ان هذا الشكل قد ينتهي بالحلل ويحصل بسهولة اذا كان الورم تدريجيا
وكان قليل التقيوس متوسط الحجم وتناسقه يحصل اما بسرعة واما ببطء وقد
ينتهي بالتقيع وحينئذ يصير الورم غير منتظم أي ذات تقنيات شديدة الاحرار
ويظهر التوج في جله اصفرار منه غالباً وبعد افتتاح هذا الورم ذاتيا او
صناعيا يخرج منه قيح جيد وافتتاحه قد يكون في آن واحد من الظاهر وفي
القناة السمعية الباطنة ويندر افتتاحه في تجويف القم أو البلعوم وبالجسلة
قد يسرى الصديد ايضا الى اسفل على طول القناة القصية الترقوية الحليمة
او المريء او القصبة الهوائية ويكون خراجات المخارية في الجزء السفلي من
العنق بل وفي تجويف الصدر كما ذكره (برنس) وعند انتهاء التسكر والمقنر
والقروح يصبر لون الجلد ازرقي داكنا والورم بعد ان كان صلبا جدا يصير عجينا
ويهبط وبعده رقيقه يخرج منه سائل صديدي متغير اللون عتري يقيأ جوهريه
كريمة الرائحة

• (المعالجة) •

حيث ان التهاب النكفة الذاق اذا ترك ونفسه ينهش بالتحلل غالبا فيقتصر في المعالجة على حفظ المريض من المؤثرات المضرة وتنظيم حالة الهضم والتبرؤ فيؤمر بالجلوس في اودنه ويغلى الورم بقطعة من القطن او بكيس محشو بأزهار عطرية ويتجنب الاغذية الحيوانية مادامت الحمية وقد يلتجأ في بعض الاحوال لاعطاء مقيء او مسهل واذا خشي حصول التقيح وكان التيس عظيمًا والالام متزايدة والحمى شديدة وجب ارسال العلق لتجنب حصول التقيح وينبغي في الاحوال التي فيها يشاهد القوج استعمال الضمادات القاترة والمبادرة بالقئح لاجل تداول تهتك النكفة وتجنب انصباب الصديد في القناة السمعية الظاهرة

وقد اوصى بعض اطباء لاجل تجنب حصول المتاستازي اى الانتقال للمرضى باستعمال وضعيات مهيجة كما اوصى بوضع الضمادات النردلية او الحاراريق على قسم النكفة عند زوال ورم هذا العضو واصابة العفن او الخسبة لاجل ارجاع المرض الى محله فائبا لكن قد دلت التجارب على ان هذه الطريقة مضرة لافائدة فيها

واما التهاب النكفي العرضي فلا تعمل فيه الاستفرغات الدموية بسبب ثقل المرض الاصلى واذا كان الورم صليبا محجرا ولم تستعمل الوضعيات الباردة او الجليدية ومتى تكون القوج وجب استعمال الضمادات القاترة والمبادرة بفتح الخراج

• (البحث الحادى عشر في التهاب) •

لا ينبغي اعتبار التهاب مرضا مستقلا لانه عرض لامراض مختلفة الا انما تتبع العادة الجارية فيه المتفق عليها في دراسة الباثولوجيا فنشرح التهاب اى الافراز المرضى للاباب في مبحث مستقل فنقول

كمية الالباب المتفرزة في باطن القمعدة الاربع والعشرين ساعة تكون عادة من عشر اواق الى اثنتى عشرة وتختلف اختلافا عظيما في حالة الصحة فالاجود حينئذ تعرف التهاب وهو زيادة مرضية في افراز الالباب بانه حالة مرضية بواسطتها لا يصل الالباب المتفرز الى المعدة مع الاغذية بكيفية غير

مدركة كما في الحالة الصحية بل بعضه يسيل الى خارج القم وبعضه يتدفق مع البصاق وبعضه يزدد على انفراده حيث يحصل من تراكمه تعب للمريض

• (كيفية الظهور والاسباب) •

يستدل من علم الفسيولوجية على كيفية حصول اغلب اشكال التلعاب ومنها ما لا تعرف كيفية حصوله

وللتلعاب اسباب منها المهيجات التي تؤثر في الغشاء المخاطي القمي او البلعوى ولذا ان ادخل الجواهر المهيجة في القم حصل عنه التلعاب كما يحصل عقب جميع الامراض التي ذكرناها في المباحث السابقة وكذا اغلب امراض القم الجراحية وقد دلت التجارب الفسيولوجية المنسوبة للشهير (لودويج) على ان افراز اللعاب يتزايد عقب تهيج بعض الاعصاب كالعصب اللساني الاتي من التوأمي الثلاثي والعصب الوجهي والعصب اللساني البلعوى وعلى ان هذا التزايد في افراز اللعاب يحصل ايضا عقب قطع كل من العصب اللساني واللساني البلعوى وتهيج طرفهما المركزي وبهذا اثبتت ضرورة ان التهيج المتقبل من الاعصاب المنقطعة اى الاعصاب المنوطة بافراز اللعاب اى ان التلعاب حصل بطريق الانعكاس وبمثل هذه الكيفية يعتبر حصول التلعاب الذي ينتج عن تهيج القرينات الدائرية للعصب اللساني واللساني البلعوى بواسطة تعاطي الاغذية المهيجة وجروح القم وقرحيه اى انه يكون ظاهرة انعكاسية وكذا يعتبر حصول التلعاب في الامراض العصبية للتوأمي الثلاثي وكذا التلعاب الذي ينتج عن تعاطي الاستحضارات الزبقية واليودية فيظهر انه ليس ناشئا عن مجرد اختلاط هذه الجواهر باللعاب بل هو ناشئ عن التهيج الذي يكابده الغشاء المخاطي القمي من استئالة افراز الجواهر المذكورة به اذ لا يحصل غالباً وضوح ازدياد اللعاب الا بعد استعمال هذه الجواهر زمن طويلا ولا ينتدئ التلعاب الا بعد اصابة الغشاء المخاطي القمي بتأثير هذه الجواهر المستقر ولذا وجد العلم (ليمان) عند البحث عن اللعاب في ابتداء التلعاب الزبقي ان المواد الخارجة من القم ليست متسككة من اللعاب بل من مواد مخاطية مختزجة بجزئيات من الخلية بشرية منفصلة

من الغشاء المخاطي والاستحضارات اليودية التي يتدرأ تاجها المذاهبات
القيمة قل ان ينتج عنها التلعب ولو ان افقر از هذه الاستحضارات مع الاعاب
في القم يحصل بسرعة عظيمة وكون التلعب ينتج عن استعمال جواهر غير
المذكورة مثل كلور و الذهب و غيره من الجواهر المعدنية والنباتية
بطريقة كالتقدمة امر مشكوك فيه

ومنها ان التلعب بحسب الظاهر يتعلق في كثير من الاحوال بالهيجان التي
تؤثر في الغشاء المخاطي المعدى والمعوى بل وكذا الرحي وغيرهما من الاعضاء
وقد ثبت بالتجارب الفسيولوجية للشهير (فيرير كس) ان تهيج الغشاء
المخاطي المعدى يزيد في افراز الغدد العالية فانه عند ادخاله بعض المعومات
في معدة الكلاب من فوهة ناصورة معدى شاهد افراز اعاب غزير وبإدخال
ملح الطعام يشاهد سبلان كمية عظيمة من المواد العالية من القم ويستنبط
من هذه التجربة ايضا ان تهيج الاعصاب المعدنية ينعكس في الاعصاب
المنوطة بافراز الاعاب وبهذا يتبين انه اذ يدسبلان الاعاب الذي يصعب
كثيرا من الامراض العضوية المعقدة كقر وحمها و سرطانها وغيرها
والاعاب الذي يسبق التي سواء نتج عن عقبي او افراط امتلاء المعدة
او امراض معدية وهذه الكيفية ايضا توجد في التلعب الذي يصعب
نوب الغص الناتج عن الديدان المعوية حتى ان العامة تجزم بوجودها متى
وجد سبلان مواد مائية من القم ويزد. من ذلك لتهيج المعامن تلك الديدان
لكن نسبة التلعب مدة الاثمن الاول في الحمل وفي الاحوال الاستيربة
الرجية الى انعكاس التهيج العصبي التناسلي في الاعصاب المنوطة بالاعاب
أقل وضوحا

ومنها ان التلعب يتعلق ببعض انفعالات نفسية فالتأثرى حصوله من
اشترار النفس من الاشياء المكروهة المستقدرة والشره والمشااهدة
المعلومة من ان تهيج الدماغ تهيجا واسطيا يزيد في افراز الاعاب امر مهم الجأ
الفسيولوجيين الى القول بان منشأ الاعصاب المنوطة بافراز الاعاب في
الدماغ اذ تهيج الزوج التوأمي الثلاثي والوجهي ولو في الاصغار التي لم تقتلط
فيها بالايافى السببوتية اعنى اعلى العقد العصبية يزيد كذلك فعل الغدد

اللعابية

ومنهما أن التلعاب يشاهد مدته سير بعض الامراض النفسية كالتي تقوم
والجنى المتقطعة بدون اسباب مدركة حتى ان بعضهم اعتبره ظاهرة بحورانية
لهاتيك الامراض

وبالجمله توجد احوال فيها يكون بعض الامتناع الجيدى الصحة في الظاهر
مصابين بتلعاب مستعص يدون اسباب مدركة واحاسب لان اللعاب من الابل
والطاعتين في السن فالظاهرة لم ينتج عن ازدياد افراز بل عن اهمال
ازدراده

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التي تعترض الغدد اللعابية عند ازدياد افرازها غير
معروفة لنا ويبدو ان يشاهد في احوال التلعاب المستقر الشديد اتساع
خفيف في الغدة النكفية وكون الاحتقان الوعائى للغدد اللعابية الذي ينتج
عنه اتساع منسوجها وارتشاحه بمادة مصلبة ليس وحده هو السبب في
ازدياد الافراز اللعابي يستنتج من أن تهيج الاعصاب فشا عنه ازدياد في الافراز
المذكور ولو بعد انقطاع ضربات القلب

• (الاعراض والسير) •

كل من آلام القم والانتفاخ المؤلم في العقد الليفية المشاهدة في التلعاب
يخص اعراض التهابات القسم المختلفة الشكل المحدثة للتلعاب لان التلعاب
في حد ذاته لا ينتج عنه ألم بل تكدر عظيم للمرضى لان تراكم اللعاب بسرعة
في القم يلجئهم لتكرار البصاق بحيث يمنعهم عن استرسال الكلام وبه تضطرب
راحته ليلا اما بسبب رطوبة الوسادة او بانحدار اللعاب الى الحلق ووصوله
الى تجويف البلعوم والخنجر والسائل المنفرز الذي قد يبلغ كميته ستة
ارطال او ثمانية مدها اليوم والليلة يكون كما قاله (ايمان) في الابتداء اكثر
مخاطبة وتكثر او ذا وزن نوحى ثقيل اى انه يكون في هذه الحالة اقل منه في
الحالة الصحية ومحتوى على عناصر جامدة (اعنى اخلية بشرية حديثة
التكون او قديمة) اكثر من الحالة الطبيعية وذا خواص قلبية ومحتوى على
كثير من المواد الشحمية وقليل من الانيالين اى اللعابين ويندر احتوائه

على قليل من رودان البوتاسيوم (وهو ملح الصوديوم) وفي التهابات
التآب يكون السائل المنفرد أقل من الآب الصحي تعذرا واحتواء على
مواد صلبة فيكون مثل الآب الذي تحصل عليه (لور. و.ج.) بتهيج الأعصاب
المنوطة بأفراز هذا السائل تهيجا مستمرا وهذا السائل يكون أيضا ذا
خواص قلوية ويحتوى على كثير من المواد السامة وجسيمات مخاطية
ولا يحتوى على رودان البوتاسيوم مطلقا وقد ثبت أنه في الآب يسير من
مواد زلالية خصوصا إذا استمرت مدة التآب

ثم أنه في التهابات التآب يحصل للمرضى تخافة عظيمة ليست ناشئة من فقد
الكمية العظيمة من الماء والأجزاء العضوية فقط بل وعن تعذر المضغ أيضا
بسبب التهاب الفمى وقلة التغذية الناشئة ذلك عن عدم تحمل المعلومات
وهضمها فإن الآب المزرد بكثرة يعوق الهضم

• (المعالجة) •

أما المعالجة السببية فتستدعى في الأحوال التي يكون فيها التآب ناشئا عن
أمراض القمم معالجة لا تنفع بالمرض الأصلي وتستدعى في الأحوال التي
يكون فيها التآب ناشئا عن الانزط في تعاطي الاستحضارات الرتيقية
استعمال المسملات اللطيفة لهذه الوسائط يتيسر قذف الجواهر الرتيقية
من الأمعاء ولهذا كانت أجود تأثيرا من المعرقات والمدرات وكذا التآب
لناج عن أمراض المعدة أو المعى أو الرحم فإنه يستدعى أيضا معالجة
المرض الأصلي وأما غير هذه الأشكال من التآب فلا يمكن اتعام
ماتستدعيه المعالجة السببية

وأما معالجة المرض نفسه فتستدعى استعمال المحولات كالحامات
العمومية ووضع الحرارة يرق واللبخ الخردلية على العنق والقفا والمضامض
الماخوذة من محلول الشبوكبريتات الخارصيني ومطبوخ المريمية أو قشور
البسوط لكن أنفع الجواهر استعمالا هو الأفيون وبما يستتبره العقل
ويستحسنه تطبيق النظريات على العمل عند تأسيس المعالجة الطبيعية
وأجرائها كما في هذه الحالة فإن استعمال الأفيون في التآب موصى به من
معظم مشاهير الأطباء المتقرنين في العمل وحيث يقتضيه الأعصاب يحصل

زيادة في سيلان العباب فمن المعقول انه عند زيادة الافراز تستعمل وسائط
علاجية كالتحدرات بها يخط التبييه وينزل وهناك احوال من التلعب
الذاتي تستعصى عن المعالجة

(الفصل الثاني في امراض الحلق)

المبحث الاول في التهاب التزلي للغشاء المخاطي المعروف

بالذئبة التزلية

(كيفية الظهور والاسباب)

مجموع الاضطرابات الوظيفية والغذائية الدالة على التهابات التزلية كثيرا
ما يشاهد في الغشاء المخاطي للبلعوم وقوائم اللهاة والغضفة واللوزتين
ويطلق عليه فقط ذئبة تزلية

والاستعداد للاصابة بالالتهاب التزلي الحلقى يختلف باختلاف الانحصاص انهم
من يصاب بسرعة بهذا الالتهاب متى تعرض لادنى مؤثرات مرضية ومنهم
من لا يصاب به ولو تعرض لها فبقى سليما او يصاب بمرض في اعضاء اخرى
وهناك اشخاص يصابون بهذا الالتهاب كل عام مرارا ومنهم من لا يصاب به
بجملته اعوام

والاسباب التي تقضى الى زيادة الاستعداد للاصابة بالذئبة التزلية اغلبها غير
معروف لنا وقد اشتهر أن المزاج اللينفاوى يهيى للاصابة بالذئبة الحلقية
التزلية اكثر من غيره وان الانحصاص ذوى البنية الاندازيرية اكثر اصابة من
غيرهم ولا مانع من ان الاشخاص الاقوياء البنية اى الذين لا يشاهد في بعضهم
ادنى تغير يصابون بالذئبة التزلية بكثرة عند تعرضهم لادنى اسباب مرضية
وهذا المرض في الاطفال والشبان اكثر حصولا منه في الشيخوخة وعما يشأ
عنه زيادة الاستعداد لهذا المرض تكرر الاصابة به وعن يكون معرضا
للاصابة بهذا المرض بنوعيه الحاد والمزمن الاشخاص الذين كانوا مصابين
بالداء الزهري او تعاطوا الاستحضارات الزئبقية زمن اطويلا

ومن الاسباب المهمة للذئبة التزلية المهيجات التي تؤثر في الغشاء المخاطي
الحلقى بدون واسطة كالخواهر الحارة والكاوية وبعض الشوك والشتايا
العظيمة الحادة التي تنسب بالغشاء المخاطي الحلقى ويظهر ايضا ان الذئبة

البلعومية الناشئة عن الافراط في استعمال المشروبات الروحية متعلقة
 بالتميج الدواسطى لهذه الجواهر ومنها تأثير البرد ومنها امتداد الالتهابات
 القرنية من بعض الاعضاء الى الغشاء المخاطى الحلقى كالذئبة الحلقية القرنية
 التى تصيب الالتهاب الفمى الرقيق وكذا التى تصيب القزلات المعدية لكن
 يذبحى التنبيه لان الذئبة الحلقية ليست متعلقة على الدوام بحالة اضطراب
 معدى كما كان يظن سابقا ومنها ان تكون القرنية الحلقية نتيجة لتغير مرض
 فى الدم فهم لا تعتبر بالنسبة للقرنية مضاعفة بل عرضا من اعراضها
 الملازمة لها كالفتح القرمنى الذى يظهر على الجلد وشده وحوله اذا
 المرض فى احوال التيفوس الطمعى والحصبه اللذين يكونان على الدوام
 مصحوبين بتغير زرقى فى الغشاء المخاطى للمسالك الهوائية والدا الزهرى
 الذى هو من جملة الديسكرازيات المزمنة كثيرا ما يظهر على شكل التهاب
 حلقى زرقى لكن عملاقا يسيل من الزمن تظهر تغيرات أخرى مرضية فى الغشاء
 المخاطى الحلقى سند كرهه فبعد ومما ظهر والالتهاب الحلقى القرنى اى
 الذئبة البلعومية ظهورا وباتيا قصايبه جملة من الانحصاص فى زمن واحد
 بدون ان تعرف الاسباب الهمة لذلك وقد توجد احوال فيها الاسباب المتعممة
 للذئبة القرنية غير معروفة لنا

(الصفات التشريحية)

الذئبة البلعومية الحادة يظهر فيها الغشاء المخاطى الحلقى لاسيما جزؤه المغطى
 لقوائم اللهاة احمر قاتما كثيرا او قليلا واتفاخ هذا الغشاء والمنسوج
 الخاوى تحته يكثرت ظهوره فى الغلصمة واضحا قائم محتوية على منسوج
 خاوى كثيرا الهشاشة تحت الغشاء المخاطى وحينئذ تصير الغلصمة ثخينة
 مستطيلة قتلا من قاعدة اللسان غالبا (وهذا ما يسمى عند العامة بقوط
 الغلصمة وعند عامة بلادنا سيما السودان بابي اللسان)

(تنبيه) * كثيرا ما ينسب فى بلادنا السعال مهما اختلفت اسبابه لسقوط
 الغلصمة خطأ ويرتب على ذلك قطعها بلا طائل غالبا وتكون الوزنان
 منتفختين قليلا او كثيرا وفى الابداء يكون الغشاء المخاطى جافا قائم يغطى
 باقرا ز مخاطى متعكر متراكم على الورتين والجلد اوان الحلقى للبلعوم

واما التهاب الحلق المزمن فيظهر فيه الغشاء المخاطي عمرا ارجوا غير مستو غالبا ويوجد فيه اوعية وريدية ودالية ويقع مسهودة اكمة بجمتية والانتفاخ فيه يكون عظيما واقل انتظاما منه في الشكل السابق ويظهر هذا الغشاء جافا لمعاناة وتارة مغطى بافراز مخاطي عكر والغالب ان يوسد على قوائم الالهة والغضمة حويصلات مصفرة تنفجر ويطلقها افرج حراية مستديرة ويوجد ايضا في القصبات التسعة من اللوزتين سدد جينية ذات رائحة كريهة وتجمعات حجرية عبارة عن افراز اجبرية اللوزتين المتكاثف المتعفن والمتكلس

ثم ان النزلة الحلقية المزمنة اشتهرت في هذا العصر وصار السكلام عليها في الجرائل الطبية اكثر منه في كتب الطب وهذا المرض قد يكون قاصرا على الغشاء المخاطي الحلق وقد يمتد الى الغشاء المخاطي الخصري والجمية الحلقية من الغشاء المخاطي الانفي والتغيرات الواصفة له تشغل على احتقان غير مستو بحيث لا يرى على الغشاء المخاطي الباهت الابيض اوعية ودالية متعددة وانتفاخ واضخم في هذا الغشاء يكون اما متشرا باسواء او قاصرا على بعض اجزاء هذا الغشاء المذكور وعلى ازيد في افراز اجبرية المخاطية وسبب انتفاخ هذا الغشاء اتفاخا جريا والمسوج الخاوي تحته يكتب الغشاء المخاطي البلعوي هيئة حبيبية فيشاهد فيه ارتفاعات عديدة مستديرة او بيضاوية منعزلة او مختلطة ومن ثم صاغ تسمية هذا الشكل من النزلة الحلقية المزمنة بالالتهاب البلعوي الحبيبي وسماه بعضهم بالالتهاب البلعوي الجراي وبالنزلة الحلقية الجراية نظرا لانتشار ضخامة الغشاء المخاطي الحلق على محيط الاجربة المخاطية المريضة ولوان ذلك يثبت بالملاحظات التشريحية المرضية الاواسطية وافراز اجبرية المخاطية قد يكون غزيرا جدا وله ميل للجفاف وتكوين قشور خضنة مصفرة او مخضرة كريهة المنظر وقد يكون في احوال اخرى قليل الكمية وله ميل للجفاف ايضا بحيث ان السطح انطلق من البلعوم يظهر مغطى بطبقة رقيقة لامعة ولذا اسماء (لوزين) بالالتهاب البلعوي الجاف وهي تسمية جيدة
 • (الاعراض والسم)

الذبحة الخلقية النزلية الحادة تصطب في الغالب بحصى خفيفة نزلية تسبق
 أحيانا الطواهر المرضية ويسد أن تفقد بالكلية وحيث أن الأفرار في
 ابتداء هذا المرض يكون متناقضا تستكي المریض باحساس جفاف في الحلق
 وبآلام شديدة تزداد عند سحر كان الازدراد ومنشأ هذه الآلام التوتر الذي
 يعترى الغشاء المخاطي خصوصا في قوائم اللهاة فان هذا الغشاء فيها يكون
 مشبها قشريا متينا بالعضلات الكائنة تحته بواسطة منسوج خلوي رقيق
 منديج ولذا يقلص المریض وجهه عند كل حركة ازدراد ومق حصل استطالة
 في العضلة وهو الغالب ولا مست قاعدة اللسان تنج عن ذلك احساس بحجم
 غريب في البلعوم وتيج منسقر للازدراد وفي انشك كل الثقيل للذبحة
 البلعومية الذي سماه بعضهم بالذبحة الاريمحاوية والحجرية (باللهمة) ترتشح
 الاليف العضلية لقوائم اللهاة بمادة مصلية بها يعسر انعام وظائفها ومن
 المعلوم في الحالة الطبيعية ان انقباض عضلات القوائم المقدمة من اللهاة
 يمنع تفهقر البلعة الغذائية الى تجويف القم وانقباض عضلات القوائم
 الخلفية منها يكون سببا في سد القوهات الخلفية من الخياشيم عند سد
 الغلصمة أيضا المسافة التي بين تلك القوائم حتى حصل عائق في اتمام وظيفة
 هذه العضلات شوهه خروج المواد الغذائية السائلة من الخياشيم او
 ارتدادها الى باطن القم ثانيا عند انقباض البلعوم عليها وقت الازدراد
 وتزداد هذه المتاع في المریض متى صار الغشاء المخاطي البلعومي مجلسا
 لا تماب نزلي شديدا وحصل شلل في عضلات هذا العضو عقب ارتشاحها
 بمادة مصلية ففي مثل هذه الحالة متى وصلت البامة الغذائية لاسيما السوائل
 خلف القوائم المقدمة للهاة تصير المریض في حالة ضجر عظيم اذا لا يكون لها قدرة
 على ازدراد الجواهر المذكورة ولا دفعها الى باطن القم ثانيا وحيث ان
 المواد الموجودة في البلعوم يمكن ان تدخل في الخنجرية عند الحركات التنفسية
 فالمریض توقف حركه التنفس ويجهد لاجل الحصول على دخول الهواء ثانيا
 بدفع هذه المواد الى خارج القم بحيث ينعنون الى الامام ويخرجون رؤسهم
 من القرائ ومعد ذلك قد يدخل يسير من الحزيمات التي في الحلق الى الخنجرية
 ولا يسدفع الى الخارج ثانيا الا بعد سحر كانت تشخيصية سعالية شديدة وفي مثل

هذه الحالة تختفي المرضى من قعاطى الجواهر الغذائية والدوائية السائلة
وتخرج من ذلك غاية الفزع وتستمر على وضع متعب جد يسلاونهم اراجل
خروج الاعاب من القم وعدم ازدراده

ثم من العلامات الدالة على جميع امراض الحلق التى بها اتعاق عضلاته عن
انعام وظائفها والواقعة للاشكال الثقيلة من الذبحة الحلقية التكلم بصوت
اننى أى اخن اذن المعلوم انه عند النطق بحرف النون والميم يمر من
الغياشيم تيار هوائى خفيف واما عند النطق بياق الحروف فتبقى الغياشيم
مفسدة فيحصل للمرضى الذين لاقدرة لهم على غلق الغياشيم بسبب عدم
انقباض القوائم الحلقية من الالهة نوع خن فى جميع المقاطع بسبب رنايتها
فى التجاوير الاقية بعمر عنه بالنطق الاننى وزيادة على اختلاف رناية
التكلم يوجد عند المرضى ايضا نوع عسفى النطق فيكون نقطة هم بطياعم
صعوبة فان التكلم عندهم خصوصا بالمقاطع التونية يحصل منه ألم بسبب
ضغط طاعة اللسان برهة من الزمن على الالهة وبالجلة فمن الواصف لهذا
المرض ايضا شدة التألم من نطق المقاطع الحلقية او تعذر بالكيفية عند كثرة
اتخاذ الغلصمة واستطالتها اذ بذلك تهتز الغلصمة اهتزازا عظيما وكل من
شكل الذبحة البلعومية التزلية الثقيل والخفيف يصطبغ بالتهاب فى نزل
فيكون اللسان مغطى بطبقة مميكة وطعم القم متغيرا اذا راحة كربة عملة
بالاعاب ولا يندرامتداد التزلة الحلقية الحادة الى بوق استا كيوس ومنهما
الى تجويف الطبله فيصير السمع ثقيل وتحصل آلام ناخسة فى الاذن يمكن ان
ترقى الى درجة عظيمة جدا ولا تنلطف الا عقب انثقاب غشاء الطبله وخروج
سائل صديدى من الاذن دفعة واحدة

ثم ان الذبحة البلعومية التزلية تنتهى عما قبل من الايام غالبا بالشفاء فتأخذ
الآلام والمشاقي التى يكابدها المريض عند الازدراد فى التناقص تدريجا
وحيثئذ يخرج من القم بالتختم والبصاق مواد مخاطية غزيرة ومع ذلك تزول
اعراض التزلة القمية

واما التزلة الحلقية المزمنة فتكون فيها الآلام ومشاق الازدراد غالبا خفيفة
الا عند توران الالتهاب التزلى المزمن زمانا فزمانا بتأثير بعض الاسباب المضرة

الحقيقة سيما في التهاب الترنز المزمن للهواة الذي يشاهد عند الأشخاص
الذين كانوا مصابين بالداء الزهري أو الذين استعملوا الاستحضارات الزبقية
زمن طويلا

والعادة أن هذه الاعراض الحقيقية في مثل هذه الحالة تصبح المرضى في حالة
اضطراب عظيم بحيث يعملون البحث عن الخلق بأنفسهم أمام مرآة
ويصرون ما يظهر فيه من بشور تتكون على بعض الاوردة الدموية المارة في
الهواة ومتى حصل لهم أدنى تألم في الخلق ظنوا أنه من الداء الزهري ولا يسكن
روعهم الا بعد بحث الطبيب واخبارهم بأنهم ليسوا مصابين به

والنزلة البلعومية التي تشاهد عند المعتادين بالافراط في المشروبات الروحية
من خواصها أن تصطبغ بافراز مخاطي غزير يكون عندهم سيما التضخم
مستقر سيما في الصباح وكثيرا ما يتسبب عن الجهود التي يفعلونها
لتخلص من هذا الافراز غيثان وفي الصباح يسمى بقى الصباح عند
السكراري واما الاشكال الثقيلة من النزلة الحلقية المزمنة سيما الجراية
او الحبوية فانها كثيرا ما تقدم والازدراد في هذا الشكل الجبسي
وان لم يكن متعسرا لان المرضى تشتكي بهيج واحساس مستقر يدغدغه في
الحلق او جفاف فيه يلجئهم لفعل حر كالتأزراد غير ارادية او تنهم وسعال
خفيف وهو الغالب بحيث كثيرا ما يظن ان التضخم المتكرر عندهم نوع
اعتيادي وحيث ان الغشاء المخاطي للحنجرة يكون غالبا مشتركا في هذا
الالتهاب فالغالب ان يضم للاعراض المذكورة بحة خفيفة في الصوت
وعند توران اعراض كل من الذبحة الحلقية والحنجرة الجراية يرتقي
السعال الخفيف الي سعال تشنجي شديد والبحة الحقيقية الى انقطاع تام في
الصوت وعند امتداد الالتهاب الى الغشاء المخاطي الاثني فسد تجويفه في
انشاء الليل ولذا تنام المرضى والقسم مفتوح وبذلك يرتقي جفاف الحلق
والاجزاء الحلقية من اللسان في ساعات الصباح الى درجة عظيمة جدا بحيث
انه عند تحرك اللسان والحلق عند البقطة تكون تسليخات خفيفة في
الغشاء المخاطي لهذه الاجزاء وفي الطلاء المغطى له فتشأ أنزفة خفيفة وكثير
من المرضى يقع في رعب عظيم من هذا الشكل من النفث الدموي الذي

يحصل لهم عند اليقظة والنزلة الحلقية الحنجيرية الجراحية وان كانت من
الامراض المستعصية الا انها لا تخاطر بحياة المرضى وانما تحدث عندهم
حالة يأس وخوف

واما السدد الجينية التي تتكون في اجوية اللوزتين المخاطية فتخرج
احيانا بالتحكم وكثيرا ما توقع المرضى في فزع عظيم فانهم يظنون ان هذه المواد
المستديرة المصفرة ذات الرائحة الكريهة عند الضغط عليها من علامات
الدون الرئوي الا كبدية بحيث يعسر احيانا على الطبيب تسكين روعهم
وتفهمهم انهم غير مصابين بالسبل الرئوي بلزمهم ان هذه التقرحات
الكلسية حصوات رئوية

(المعالجة)

الانهاب البلعومي النزلي الحاد متى ظهر بشدة متوسطة فلا يحتاج لمعالجة
مخصوصة وكثيرا ما لاتنتهي المرضى الا للجائز المجالات القاتلات برفع
الغضمة يجذب شعر مخصوص من فروة الرأس (او الزاعيات برفع الحلق
الساقط كما يفعله جازنصر) ومثل هذه الترهات يستتج منها عدم
الاحتياج في مثل هذه الحالة الحقيقية لمعالجة قوية حيث يفهم منها ان مثل
هذا المرض يزول من نفسه فينبغي حينئذ التنبيه في مثل هذه الحالة على
عدم استعمال معالجة قوية لاسيما المقيتات فانها لا تستعمل الا اذا كانت
الذهبة البلعومية مصحوبة بوجود جوارح غير منضمة في المعدة فتحدث حالة
نزاية في هذا العضو وحافطة لها ولا يعتمد في مثل هذه الحالة على حالة اللسان
وتقطيعه

واما احوال هذا المرض الشديدة فيوصى فيها استعمال رقائذ مبتلة بالماء
البارد وبعد العصر جيدا تلف على العنق ثم تحاط بالضمبط بمنديل جاف فان
خاف المريض من استعمالها اولم يتيسر ذلك لسبب ما يوصى باستعمال
الضمادات القاترة على العنق ويؤمر باستعمال غرغر من الماء البارد او
محلول الشب او سلقات الزنك او خلات الرصاص او نحو ذلك وقد يتيسر
احيانا إيقاف هذا المرض في ابتدائه بمس الاجزاء الملتهبة بمحوق الشب او
بمحلول تترات الفضة (بان يوضع درهم منه على اوقية من الماء المقطر) اعنى

٥ جرارات من هذا الجوهر على ٥٠ جرار من الماء
 واما التهاب الحلقى المزمن فاجود ما يعالج به استعمال الفراغر
 القابضة السابق ذكرها ومن الاجراء الملهية بمحلول تترات الفضة
 واما التزلة الحلقية المزمنة فانها تحتاج لمعالجة لا ثقة مستمرة بالمحلول على
 النجاح فانها كثيرا ما تستعصى عن المعالجة الطبية وفي الشكل السيلاني من
 هذا المرض الذى هو اسلم الاشكال عاقبة كثيرا لا تنجح المعالجة لعدم انقياد
 المرضى لتترك المشروبات الروحية وكثرة شرب التبغ واجود ما يوصى به
 في هذا المرض المس بمحلول تترات الفضة والشب والتمين والتطهران
 استعمال هذه السوائل يكون بالاستنشاق على هيئة الرزاز فيخرج من المس
 بالفرشة وكذا التزلة الحلقية المزمنة المعصوبة بقله الافراز خصوصا البلورية
 او الحبيبية يظهران استعمال هذه السوائل فيها لا تأثير منوع في الغشاء
 المخاطى المريض فيحدث في حالة المرض تحسنا عظيما لكن الذى يظهر لى ان
 هذه المنفعة وقفية واستعمال محلول السليمانى وكبريتور الكلس قليل
 التأثير ايضا والاجود استعمال محلول (ليبول) تبعا لما وصى به المعلم (لوين)
 المركب من ست قمحات من البود واثنتى عشرة من بودور البوداسيوم على
 ست اواق من الماء المقطر فبالجاريب الجديدة ثبت ان المس بهذا المحلول
 جيد المنفعة في التزلة البلعومية الخافقة سواء كانت معصوبة بصبغات ام لا
 وكذا من الممدوح بكثرة في هذا الشكل الاخير المياه المعدنية القلوية
 الكلورورية كماء امس والمياه الكبريتية الطبيعية كماء وايلىج وغير
 ذلك من يناسب وحامات البرين

• (المبحث الثانى) •

فى التهاب البلعوى ذى الغشاء الكاذب ويسمى

بالذئبة البلعومية الغشائية

• (كيفية الظهور والاسباب) •

فى التهاب البلعوى ذى الغشاء الكاذب تكون الاغشية الكاذبة ملتصقة
 بالغشاء المخاطى التهاب التصاقا متينا بحيث يختلف نزعها فقد جود حرم مطعى
 دام ولذا تعتبر هذا الالتهاب استحالة من الالتهاب ذى الغشاء الكاذب الى

لقد قبرى

ثم ان الذبجة الغشائية الحلقية تارة يكون حصولها ذاتيا عيب ناتجا عن الاسباب
التي تقضى الى التزلة البلعومية بالخاصة بحيث يظهر ان الالتهاب ذا الغشاء
الكاذب احبانا ليس الاشكلا شديدا من الالتهاب النزلى الحلقى وتارة يكون
التهاب الغشاء المخاطى الشديد ناشئا عن التهاب شديد في اعضاء كاتنة
اسفل منه ولذا كثيرا ما تشاهد تكونات غشائية على القوزتين في احوال
الذبجة اللوزية الشديدة وتارة تكون مصاحبة لغيرها من الالتهابات ذات
الغشاء الكاذب المصيبة لغيرها هذا الغشاء من الاغشية المخاطية كالغشاء
المخاطى الخنجري والقصى ونحوهما وحصولها اما ان يكون افراديا
او بآثار هو الغالب وفي هذه الحالة يكون امتداد الالتهاب الذى ضمن
بصددها من الخنجرة الى الحلقى او من الحلقى الى الخنجرة ويسمى في الحالة
الاولى بالصاعد وفي الثانية بالنازل وتارة تشاهد هذه الذبجة مصاحبة لغيرها
من الالتهابات الغشائية والدقيرية في الدور الاخير من التيفوس والتسمم
الصديدي وغيرهما من الامراض المماثلة لذلك

(الصفاة التشرىحية)

يشاهد على الغشاء المخاطى المحمر جدا في الالتهاب واللوزتين والبلعوم مواد
غشائية بيضاء او سنجابية ذات قوام مختلف مكونة في الغالب للطخ صغيرة
مستديرة غير منتظمة ويندر ان تكون مكونة لامتدادات غشائية عظيمة
ولا يوجد اسفل منها فقد جوهري الغشاء المخاطى

(الاعراض والسير)

لا ينشأ عن الذبجة البلعومية الغشائية اذا طرأت بافرادها ولم تضاعف
بغيرها من الامراض الاعراض التي ذكرناها في الشكل الشديدا من
الذبجة الحلقية التزلية وانما البحث عن البلعوم بمجرد النظر يعرف شكل هذا
الالتهاب لكن ينبغي الحذر من اختلاط الطخ السنجابية بالقرح البلعومية
الشبيهة القاع

والاعراض الحسية اى التي يحس بها المريض في احوال التهاب اللوزتين
لا يحصل فيها اذى تغير عند تكون اغشية كاذبة على الغشاء المخاطى بحيث

لا تعرف هذه الحالة الا بالبحث بالنظر ايضا
واما الذئبة البلعومية الغشائية التي تصيب الالتهاب الخجيري ذا الغشاء
الكاذب وتظهر عادة ظهورا وبائيا فكميرا اما لا تعرف لان امراضها واهية
تسكاد تختفي من امراض المرض الذي تصيبه لاسيما انها لا تصيب الا الاطفال
وبالنظر في خلق الاطفال المصابين بالسعال الديكي يشاهد مغطى باغشية
كاذبة غالباً بدون ان تتشكى هؤلاء الاطفال بعسر في الازدود ولا تنبسط لها
اهلهم ولذا ينبغي للطبيب ان يبحث عن خلق كل طفل بالنظر كلما حصل عنده
بحة في الصوت

(المعالجة)

الذئبة البلعومية الغشائية التي تحصل بانفردا عقب تأثير البرد ونحوه
لا يلجأ في معالجتها الا لاستعمال الوسائط العلاجية التي ذكرناها عند الكلام
على معالجة الاشكال الثقيلة من الذئبة البلعومية النزلية
واما الذئبة البلعومية الغشائية التي تصيب الالتهاب الخجيري ذا الغشاء
الكاذب فتستدعى اولا ازالة الغشية الكاذبة بسرعة ثم كي الغشاء المخاطي
المريض بمحلول مر كرمين نترات الفضة كاقويا

(المبحث الثالث)

في الالتهاب البلعومي الدقيقري اى الغشائي الحقيقي

ويسمى بالذئبة الخبيثة والغنغرينية

شكل الالتهاب الذي فيه يتكون نضج لبني غزير في جوف الغشاء المخاطي
وتتكرز فيه عقب انضغاط او عتبه المغذية يحدث ما يسمى بالالتهاب
الدقيقري وهذا الالتهاب يصيب على الخصوص الغشاء المخاطي الحلقى لكنه
لا يظهر كمرض اولى قائم بنفسه كالالتهاب النزلى وذى الغشاء الكاذب
من الحلق بل يتعلق على الدوام بتسمم في الدم بواسطة السم القرمزى او
غيره من السموم التي تنتج عن الدقيقرية الوبائية التي اعتبرناها مرضا من
الامراض التسممية العامة وسندكر عند الكلام على الطواهر المرضية
للمعى القرمزية والدقيقرية الوبائية شكل الالتهاب الدقيقري من الحلق
بالتفصيل

• (المبحث الرابع) •

في الالتهاب القلغموني الحلقى ويعرف ايضا بالتهاب
اللوزة وبالذبحة الحلقية اللوزية

• (كيفية الظهور والاسباب) •

المسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى الحلقى والخلاى لجوهر اللوزتين
اللتين تكونان مجلسا لارتشاح او ذيماوى بسيط فى الالتهابات التزلية وذات
الغشاء الكاذب الحلقى يمكن ان يعترجها اضطرابات غذائية النهائية وهى
فى كثير من الاحوال عبارة عن ارتشاح جوهرها بنضج لى متفاوت
الكمية وعن غوى منسوجهما الخلوى وفى احوال أخرى عبارة عن تقيج
أجزائهما الملتبمة يتكون كرات صديدية فى جوهرهما فينشأ عن ذلك
نراجات ويصدران يحصل فيما تنكسر زمنتشر فتسلثى هذه الاجزاء
وتتفرح

والذى يظهر ان المؤثرات المرضية بحسب درجة شدتها واستعداد الشخص
تارة تحدث الذبحة الحلقية التزلية وتارة تحدث الذبحة الحلقية اللوزية التى
نحن بصددنا فلتراجع اسباب الذبحة الحلقية التزلية والتهاب اللوزتين
كذلك يورث استعدادا عظيما للنكسة فكلما كثرت اصابة الشخص به
سهل ترده ومن الاشخاص وهو كثير من يصاب به فى كل سنة مرة او مرارا
واقتم هذا الالتهاب بالتقيج مرة يجرى للانتهاء به مرة أخرى بحيث ان الطبيب
فى مثل هذه الاحوال يقل عشمه فى انهماك بالتحال عند حصول اصابة جديدة

(الصفات التشريحية)

اما الالتهاب الحلقى القلغمونى الحاد فغالبا ان يكون فى اللوزتين لكن تارة
يصيها معا وتارة يصيب احدهما ثم يمتد الى الاخرى وكثيرا ما يحصل
انتفاخهما من النضج الذى يرتشح فيهما الى ان يصل الانتفاخ الى حجم
اللوزة ويكون سطحهما ماذابرو زات ولونهما احمر فاقمافى الغالب ومغطى
بنضج لزج او ترا كبات غشائية كاذبة وعند انتقال الالتهاب الى التقيج يصير
غالبا احدا مقام اللوزة الملتبمة رخو بارز ثم تنفجر جدو والخراج الرقيقة
ويصدر حصول الالتهاب القلغمونى الحاد فى المسوج تحت الغشاء المخاطى

للهاة وحينئذ يظهر في هذا الجزاء تقاخ صلب يظهر فيه تدريجا قو
واضح ينتهي في هذه الحالة باستفراغ القيم في تجويف القم والخلق
والالتهاب الخلق القلغموني المزم من مجله ايضا جوهر اللوزتين غالبا ويندر
حصول ضخامة في الغلصمة والهاة بسبب الالتهاب المزم من المسفر وقد
تكتسب اللوزتان بسبب ضخامة جوهرهما الخلاقى حجا عظيما جدا
وصلاية عظيمة ويكون سطحهما في الغالب غير منتظم وذات تحديات وتقعرات
في الاصغار التي حصل فيها قد جوهر بسبب التقصيص وحينئذ يكون الغشاء
المخاطي قليل الاجرار او باهت اللون ويوجد في فوهات الاجربة الغددية
المنفخعة السد الجنبية التي سبق ذكرها

(الاعراض والسير)

اما الالتهاب الخلق القلغموني الحاد فيبتدى غالبا بحمى شديدة مسبوقه
بقشعريرة قوية واضطراب عظيم في حالة عام عند المرضى مع امتلاء عظيم
وسرعة في النبض وارتفاع في الحرارة حتى انها تصل الى اربعين درجة
او تزيد فالحمى في هذه الحالة لا تكون كما في الحرارة الخلقية متصقة باوصاف
الحمى النزلية بل تكون كالحميات الالتهامية الشديدة التي تصحب التهاب
اعضاء مهمة كالالتهاب الرئوي وفي الاحوال التي تكون فيها شدة هذا
المرض قليلة او يكون فيها هذا المرض ذا سير بطيء تكون الحمى كذلك
قليلة الشدة وفي يوم ابتداء الحمى او التالى له تشتكى المرضى باحساس تور
او جرح في الخلق او بالام شديدة ناخسة فيه تمتد نحو الاذن ويكون عندهم
مع ذلك احساس يحسهم غريب في الخلق بحيث يلجئهم ذلك الاحساس الى
فعل حر كالتأردادية متواترة تزيد في الالم وبعده ذلك بقليل تنفخ الظواهر
المؤلمة التي ذكرناها في المبحث الاول للاشكال النخيلة من الالتهاب الخلق
التي قالوا زرداد لا يصير مؤلما للغاية فقط بحيث كلما ارادت المرضى ازرداد
بعض الاعباب اضطرت الى ان تقلص وجهها بل قد تنطرد الجواهر الغذائية
سواء كانت صلبة او سائلة من القم والاتف ثانيا بسبب ارتشاح عضلات
الهاة والمعلوم وشللها وقد تشته هذه الاعراض بالكلية بحيث لا يمكن
ازرداد شي من الاغذية فيصير المريض في حالة كرب عظيم واقرار الاعباب

يكون في هذا المرض مقرايدا تزايد اعظيما بحيث يسيل من زوايا الفم عند
 قصه بدون بصر ويكون اللسان مغطى بطبقة سمكية ورائحة الفم كريهة
 جدا وينظم لهذا الاعراض تغير مخصوص في الصوت بحيث تتغير نغمته
 ويصير التكلم ألقيا واخف ومن العلامات الواصفة لهذا المرض ايضا
 تسر افتتاح الفم والتألم عند تباعد الفكين عن بعضهما بحيث لا يكون لهما
 قدرة على تباعد الاسنان عن بعضها ببعض خطوط ويظهر ان سبب ذلك هو
 التورم العظيم الحاصل في الصفاق القمي البلعومي وقد تسر التنفس ايضا في
 هذا المرض لكن هذا النذر من تسر التكلم وفتح الفم لكن اذا اشتد تسر
 التنفس يكون محزنا فينبغي الالتفات له جدا اذ قد يكون ناشئا عن اذيعا لسان
 المزمار وبالبحث بالنظر في تجويف الفم والحلق الذي لا يتأذى الا بعسر شديد
 توجد اللوزتان منتفختين التقا خا اعظيما بحيث تملأ لسان وتضغط الغلصمة
 المنتفخة اتقاها اذيعا ويأبهما وان كان الملتب احدي اللوزتين كانت
 الغلصمة مندفعه الى الجهة المقابلة وقوائم الهامة مندفعه نحو الامام ويوجد
 في العنق حذاء اللوزة اى خلف واسفل زاوية الفم السفلى ورم صلب مؤلم
 وكثيرا ما يمتد الالتهاب في هذا المرض الى بوق استاكيوس فينتج عنه آلام
 عظيمة فيهما وفي صندوق الطلبة ايضا وهذه الاعراض الموضعية تأخذ غالبا
 في الشدة والازدياد نحو ثلاثة ايام واربعة فتنشد حينئذ الحى وتضعف
 باعراض احتقان دماغي فتشكى المرضى بالآلام شديدة في الرأس وتفسد
 النوم وتصبح معذبة بالاحلام المقزعة وقد يحصل لهم هنيان وعند انتهاء هذا
 الالتهاب بالتعاضل ويكون ذلك نحو انتهاء الاسبوع الاول تأخذ
 الاعراض الموضعية في التناقص شيئا فشيئا فيتم الشفاء في ثمانية ايام الى
 اربعة عشر وعند انتهاء التقيح وتكون الخراج يحصل المخطاط في
 الاعراض بخاتمة ان تكون قد وصلت الى ارقى درجة من الشدة وكثيرا
 ما لا تعرف المرضى افتتاح الخراج اللوزي الا بالمخطاط الاعراض بخاتمة
 فان القيح كثيرا ما يزدردأ ولا يستشعر بخروجه من الفم وقد يعرف افتتاحه
 براحة المواد المنقذة الكريهة ولونها الصفرا القبيح ولا يعلم لماذا ان القيح
 التحصر والمخفوظ من نأثير الهواء يكون اسبانا ذار رائحة كريهة جدا

وتحصل النفاضة في الغالب بسرعة عظيمة عقب انفتاح الخراج
وينتج عن الاتهاب الفاعل حموى الحاد للهامة اعراض محسوسة للمريض
مشابهة لاعراض التهاب اللوزتين فلا يتميز هذان الشكلان عن بعضهما
الا بالبحث بالنظر

وحصول النفاضة الفلغمونية المزمنة اما ان يكون من بقاء مكث النوب
الحادة او ذاتيا تدريجيا والاعراض الناتجة عن شكل هذا المرض تكون
خفيفة ويتبعها في ذلك آلام قليلة وربما فقدت الكلية والافراز المخاطي
المتزايد فيسبب للنزلة المصاحبة لكن بطرق تؤدي اسبابا مضرة ينتقل هذا
الشكل من الحالة المزمنة الى الحالة الحادة وكثيرا ما يتغير التكلم من ضخامة
اللوزتين او يحصل للمريض عسر مستقر في السمع بسبب ضغطهما على
بوق استاكيوس وانفصمة الضخمة المستطيلة يمكن ان تهيج فحة المزمار
فينتج عنها سعال تشنجي اعتيادي

• (المعالجة) •

قد اوصى في هذا المرض بالاستقراغات الدوائية العامة والموضعية الا انه
لا يلجأ الى الاولى وان بالغ في استعمالها المعلم (بوبو) مع السكر اذ لا احتياج
لها بالنظر للمرض في هذه الحالة بل ولا الخضاع فانه لا امداد واما الثانية اعني
الموضعية بارسال العلق على العنق فلا يتحصل منها الا على راحة قليلة وكذا
تشریط اللوزتين فلا يتحصل على النجاح المرجو منه

ومتى نذب الطبيب لمعالجة هذا المرض في اليوم الاول والثاني فله ان يستعمل
طريقة (ولبو) وهي عبارة عن مس الاجزاء الملتصبة بمحصول الشب
واستعمال الفراغر المأخوذة من محاولة المركبة من ثلاثه درهم منه الى نصف
او قيسه على ست اواق من مغلي غروي كمغلي الشعير اعني من ١٥ جرامات
الى ١٥ جراما على ١٥٠ جراما من السائل وقد يستعمل الحجر الجهنمي
مسابيل الشب لاجل قطع سير هذا المرض

واما اذا نذب الطبيب بعد المدة المذكورة ولم تقم طريقة (ولبو) فينبغي
استعمال التبريد العظيم فانه واسطة عقلية مؤيدة بالتجارب وذالك بان
نستعمل الفراغر الباردة او تسحب قطع من الجليد في القم ويلاف العنق

بالرفاء المبتلة بالماء البارد بعد عصر خفيف وتغييرها مع السرعة
 وفي ظهر التوج يوصى باستعمال الضمادات القاترة حول العنق ومضمضة
 الحلق بمنقوع البلبونج ونحوه والمبادرة بفتح الخراج اما بشرط ملفوف
 عليه شريط من الشمع الى قرب سنه واما بظفر الاصبع
 ثم ان المقصات لا تستعمل في هذا المرض بالنظر لذاته وانما تستعمل اذا لم
 يمكن فتح الخراج بغيرها واما المسهلات فتكون ناجحة سماعند وجود اعراض
 الاحتقان الدماغى واما المحولات والمهمرات والابزن القدمية وغيرها من
 الجواهر المعتبرة فوعبة في هذا المرض كصبغة البينينا والبورق وخشب
 لانبا فليس لها تأثير في سير هذا المرض

واما الذبحة القلغصونية المزمنة فلا تفرق فيها الوسايط العلاجية الباطنة واذا
 كان استفاخ اللوزتين ناشئا من ارتشاح التهابى فمما وجب استعمال محلول
 الشب او قرات الفضة او صبغة اليود المتخففة مسا على اللوزتين المستنعتين
 ووضع الحكمة دات الباردة حول العنق وتر كها حتى تسخن واما اذا حصل
 في اللوزتين تضامة فلا يتيسر ازالها الا بعملية جراحية
 • (المبحث الخامس) •

(في اصابات الحلق الزهرية وتعرف بالذبحة الزهرية)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الاضطرابات الغذائية التي تنشأ عن الداء الزهرى البنى في الغشاء المخاطى
 المغشى للحلق تنحصر تارة وهو نادر في احتقان الغشاء المخاطى واستفاخه
 وخواوته وتغير افرازه اعنى في جميع ظواهر التهاب الغزلى وتارة وهو الغالب
 يحصل بتأثير التسمم الزهرى حلمات في الغشاء المخاطى من الحلق والبلعوم
 كالتي شرحناها عند الكلام على الاسكات الزهرية للقم تسخيل فيما بعد الى
 قروح سطحية او لطخ مريضة وبالجملة يتأهد في الحلق والبلعوم اورام صمغية
 تعرف بالعقد الزهرية وعند ثلاثى هذه الاورام ولينها تحصل تهتكات
 غائرة عميقة

وكل من التهاب الغزلى الزهرى للحلق والحلمات الزهرية يعد من الظواهر
 التابعة لداء الزهرى حيث انها فى الغالب يعقبان بسرعة التسمم الزهرى

واما العقد الصمغية فانها تعد من الظواهر الثلاثة لهذا المرض حيث انها
تظهر في الادوار الاخيرة منه

(الصفات التشريحية)

اما التهاب التزلي الزهري للحلق والبلعوم فيجلسه غالبا قوائم الالهة
والوزنان وكل من الاحرار المحدود بين الالهة وسقف الحنك والاون
الاحمر المرزق (اي الناصبي) للغشاء المخاطي ليس واصفا لهذا الالتهاب
فان كلا منهما قد يوجد في الذبحات الحلقية المزمنة غير الزهرية

واما الحلمات الزهرية للغشاء المخاطي فتشاهد كذلك على قوائم الالهة
والوزنين فان هذه الاجزاء قد تكون مغطاة بحلمات مجتمعة في امتداد عظيم
وان حصل في مثل هذه الاحوال تكدر في الطبقة البشرية قرب عاتقهم
بالتأمل بحسب الظاهر ان الغشاء المخاطي مغطى باغشية كاذبة وان كانت
هذه الطبقة المبيضة بين قوائم الالهة فقط قرب عاتقهم بحسب الظاهر ان هناك
قرحة ذات فاع شخصي والقروح الزهرية الناشئة عن تلاش جرت في
الحلمات المخاطية الزهرية فتكون فقد جواهر حجر القاع او مغطى بمادة
سجاية دامية بسهولة وهذه القروح تمتد عرضا بالتلاتي الحاصل في
الحلمات المنكوبة جديدة في دائرتها غير ان هذه القروح لا يكون لها
ميل للامتداد في الغور واما الدرن العريض فانه يكون على الغلصمة او راما
صغيرة حلبة او زوائد عنقية

واما العقد الصمغية فانها تحصل في جميع اجزاء الحلق والبلعوم وان تكونت
ابتداء على اللوزتين شوهدت انها عظيمة الاتساع ذات سطح محرم لمس
ويبلغ هذه العقد وتلاتيها تنشأ قروح بعد هذه العقد فتكون في حجم
العذسة والقولبة ذات فاع شخصي ولا يندر تكون هذه العقد الصمغية
خلف الالهة فتتبعها قبل ان تشاهد ويجلسها غالبا الغلصمة والاجزاء القرية
من قوائم الالهة وتظهر الغلصمة في الابتداء كأنها متأكدة ثم تتقرح وتصبح
معلقة بعنق دقيق واخيرا يمكن ان تهتك بالكلية هي وبرع عظيم من الالهة
وبالمعالجة اللائقة تمتص هذه العقد وتزول وفي مثل هذه الاحوال تشكل
ندب الناصية متشعبة وذلك بان يتكون في محل العقد نمو خلوي ينكمش

فيما بعد وعند شفاء قروح ممتدة تبقى نذب التخمية مبيضة متشعبة صلبة وقد
يحصل التصاق اللهاة مع الأجزاء المجاورة وقضايا وانكماش في البلعوم
أو انسداد في بوق أسنا كيوس

• (الاعراض والسير) •

أما التهاب الغزلي الزهري الحلق والبلعوم فلا يتميز في الابتداء عن غيره
من أشكال التهابات التزلية الحلق فينبغي لا يتم التشخيص ولا يتأني الأفياء
بعد أي عند تقدم سير المرض ومتى اشتكى المريض منذ أسابيع بالآلام عند
الازدراد متوسطة الشدة وكان ظهورها تدريجياً لا فجائياً واستعصت
الآلام المذكورة على الوسائط العلاجية الاعتيادية وجب على الطبيب
أن يظن أن التهاب الغزلي الحلق الموجود زهري البذوع وإذا حصلت هذه
الظاهرة عند مريض كابت الإصابة بالقروح الزهرية الأولية قبل قليل
من الأسابيع كان التشخيص أكيداً سيما إن حصل استعمال الاستحضارات
الزبدية تحسين سريع

وأما الحلمات الزهرية فإنها تنشأ غالباً بدون آلام ومكابدات أخرى
حيث تشاهد أحياناً بالصدفة عند البحث عن حلق مريض معتبه ظواهر
زهريّة وعند اقترح هذه الحلمات يصير الازدراد مؤلماً وتتضخ الاعراض
المدركة للطبيب فيما تقدم ذكره في التشريح المرضي وأما العقد الصمغية
فإنها تصطب بالآلام وعسر في الازدراد عند ما تأخذ في اللين والتقرح
وينبغي للطبيب البحث عن الجهة الخلفية من اللهاة بواسطة المنظار الاتي
في كل مريض يظن فيه الإصابة بالداء الزهري متى تشكى بالآلام عند
الازدراد ولولم يوجد بانظر قروح في الحلق والبلعوم وأحياناً يتضخ الطيب
ويجود هذه العقد الصمغية من وجودها فاحمد ودهجراً فاقعة على سطح
اللهاة المقدم ذات مقاومة وعند تنقب اللهاة يتعسر الازدراد ويغير الصوت
كما تقدم خصوصاً إذا كان هذا الثقب نحو الامام وقد تصل المطعومات
والمشروبات الى تجويف الخياشيم ويسمع عند أول كلمة من المريض اللفظ
الاتي للصوت الاثن وأما الاعراض المدركة للطبيب فلتراجع فيما ذكرناه
فيما تقدم

• (تنبيه) • القاعدة المتبعة عموماً هي ان ينكس في البحث عن الخلق الطيب بقوة وسرعة قاعدة اللسان عند فتح فم المريض وبأخره ينطق حرف الهمزة القرائن اوى ان ذلك يظهر جيداً ما كان محتقياً خلف اللهاة على الجدار الخلقى من البلعوم وقد يستدعي الحال احياناً بالبحث عن الخلق وخلف اللهاة بالاصبع او المتظار الانثى كما ذكره المؤلف

• (المعالجة) •

الآفات الزهرية الحاصلة في الخلق تعالج باستعمال المركبات الزئبقية ولم يرفض استعمالها من الاطباء الامن كان ينكر منفعتها في مثل هذه الآفات مع انها فيها النج منها في غيرها من الآفات الزهرية والنكسات وان حصلت هنا ايضا عقب استعمالها فهي اقل حصولاً منها عقب استعمال غيرها من الطرق العلاجية المضادة للداء الزهري وتستعمل مقادير صغيرة من الزئبق الحلو او يودور الزئبق لمقاومة الالتهاب التلوي الزهري الحاصل في الخلق ويولدانه الزهرية وقروحها التي لا تميل للاستداد في العرض والغور واما القروح التي تنذر بفساد المنسوجات في امتداد عظيم فيعطى فيها الزئبق الحلو بمقدار عظيم على حسب طريقة المعلم (واين هول) العلاجية وهو ان يعطى للمريض مساءً جملة ايام على التعاقب من خمسة ديسى جرامات الى عشرة اعنى من نصف جرام الى جرام حتى يقف التهنك وهذا يحصل غالباً في اليوم الثالث او الرابع فان امتدت القروح بسرعة فوصى بزيادة عما تقدم بكميات اقل فترات الزئبق المحض او بالجير الجهنى

• (البحث السادس) •

(في الخراجات خلف البلعوم)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

يشاهد احياناً في المنسوج الخلاوي بين العمود الفقري والبلعوم التهابات تنتهي بالقيح خصوصاً في الاطفال ثم تارة وهو الغالب يكون ينبوع هذا المرض تسوس الفقرات العنقية وتارة تتكون عن التهاب خنار يري وتقع في العقد اليسفاوية الكائنة خلف الجدار الخلقى من البلعوم و احياناً يظهر هذا المرض مصاحباً للتهابات تابعية في غير هذا العضو من الاعضاء كما

يشاهد ذلك عند اقتران مسير التيفوس والتسمم الصديدي للدم ونحو ذلك
وبالجمله قد يظهر هذا المرض ظهورا ذاتيا قائما بنفسه ويكسرون اذا ذلك
فلعمري اذا تبا

(الصفات التشريحية)

كثيرا ما يندفع الجدار الخلقى نحو الامام من تجمع صديدي خلقه فيبرقى
تجويف الخلق فيضيقه او يسده بالكلية والصديد اما ان ينقب جدار
البلعوم فيما بعد او ينحدر نحو تجويف الصدر فينقب المريء او القصبة
الهوائية او البلعور

(الاعراض والسير)

متى انضم تكون الخراج خلف البلعوم لتسوس في التقرات الغشبية كان
ذلك مسبوقا برين متقاوت بعصر في حركات العنق وغيره من اعراض
امراض هذا الجزم من العمود الفقري وهذا المرض في مثل هذه الحالة
لا يخفى على الطبيب فان عاده ان يبحث عن الخلق بالنظر مع الدقة متى حصل
تعسر في الازدرد واء في غير هذه الحالة خصوصا في الاطفال الذين يظهر فيهم
هذا الداء بدون تلك السوابق المرضية فمعرفة جدار الغالب
ان كلا من قلق الاطفال وعدم قبولهم حلبة الثدي والصغير الشديد عند
جبرهم على الرضاعة ونوب السعال او الاختناق القاطعة للشرب تنسب
خطا في الغالب لمرض اولى في الخنجره وهو الذنجره الخنجرية العنائية سيما
متى انضم لذلك عسر مستمر في التنفس وكان صوت الاطفال ابح او مفقودا
وعندهم سعال ابح رفان والبحث الدق عن الخلق يوقنا بسرعة على حقيقة
التشخيص الذي ان اهل عند وجود مجموع الاعراض السابق ذكرها
كان من الخطا العظيم فان الاصبع الباحث يحس غالبا خلف اللهاة بوزم
متوتر مرن متموج في الغالب وقد ينقب الخراج بنفسه في البلعوم فيزدرد
متحصلا او يتقذف الى الخارج وحينئذ تحصل راحة فجائية وكثيرا ما ينتهي
هذا المرض انهم يحزنوا بالموت اذا لم يسعف المريض وقيل الوسائط اللازمة
فان كلا من غلق فوهة المزمار غلقا تاما بواسطة الورم المتزايد وانفتاح
الخراج في انشاء النوم ودخول متحصلا في الخنجره يمكن ان يؤدي للاختناق

وفي احوال اخرى قد يسرى الصديد الى تجويف الصدر فيؤدي لحصول
الالتهاب اليبلاوروى او الرئوى او التامورى

• (المعالجة) •

متى عرف تكون الخراج بودر يقتصح على حسب القواعد الجراحية اما
بواسطة المشرط بعد تغليفه بشرط من نحو المشمع الى قريب سنه او بنظر
الطبيب ان امكن

• (المبحث السابع) •

(في ذبحة لودويج)

قد يكون كل من قاع القم والتسوج الخلوى بين العضلات وتحت الجلد
للقسم تحت الفك يحمسا احيا نالتهاب فلفموني يؤدي بسرعة لتسكروز
وتقرح منتشر واحيا نايؤدي لتكون الخراج ولا يبدانها وما اتصل وهذا
المرض المعروف بالتهاب التسوج الخلوى العنق الغتريفي وهي تسمية
في غير محلها والاولى تسميته كالتقدم بذبحة لودويج الذي كان يعلم الطب في
استجار د وهو اول من شرحه بالذقة كثيرا ما يشاهد على انفراده مكونا
لمرض قائم بنفسه ويظهر احيا نوا باثيا وفي بعض الاحوال التي شاهدتها
بنفسى كان التهاب الجوهر الخلوى آخذا ابتداءه من التهاب السعاق
تحت الفك السفلى وبالجلدة قد وجد شكل من هذا المرض ينضم لالتهاب
النكفة العرضى او الاستقالى كالذى يظهر في اثنا سير التيفوس وغيره من
الامراض التسممية العامة ويكون منشؤه بحسب غلبة الظن من الغدد
تحت الفك

وهذا المرض يبدى باتفاخ متفاوت الالم شدة صاحب الغاية في قسم احدى
الغددتين تحت الفك ويحس بهذا الورم من داخل القم ومن الظاهر ويصير
الجلد المغطى لهذا الورم حافظا لونه الطبيعي وعماقليل يتشقر في جميع القسم
تحت الفك والى الاعلى نحو الغدة النكفية والى الاسفل احيا نالتهاب الخنجر
والقصبة الهوائية وقاع تجويف الخنك يرتفع حينئذ الى الاعلى فيتمسر
كل من المضغ والتكلم تعسر ازا ندا وتكاد تفسد حر كات اللسان بالكلية
ويتعذر على المريض فتح فمه وذلك لان العضلات المتوسطة في هذه الوظيفة من

جهة تكون موضوعة في التسويج الخلوى الملتهب ومن جهة أخرى
تكون هي نفسها مشاركة لغيرها في الالتهاب وهذا المرض يكون سريراً عادة
معصوماً بجحى متوسطة الشدة واضطراب عمومي قليل وفي أحوال أخرى
تكون الحنج شديدة وكذا الاضطراب النقي العمومي

وتبين هذا الورم يزول ببطء ولو في الأحوال الجيدة والانتفاء بالتحال وعند
انتفائه بالخراج يحمر الجلد في محل محدود ويظهر فيه القروح ثم ينقبض غطاء
الخراج المستقر بالصدية وكثيراً ما يحصل انتفاؤه في تجويف الفم وعند انتفائه
هذا المرض بالتشكركز وانتقرح المتشكر يخرج بدلا عن القبح الجسد سائل
كثير الرائحة محتلط باهداب خلوية ذلولون وسخوق يحصل الموت عند ارتقاء
هذا المرض الحاد درجته بواسطة أذيعا الزمار والاختناق ويتسهم الدم
الصدیدی عند انتفائه بالتشكركز والتقرح وأما في اشكاله الانتقائية
فالانتفاء المحزن يكون في الغالب متعلقاً بالمرض الأصلي

(المعالجة)

يجب بدأ بتدبير في تحليل هذا الالتهاب بإرسال كمية عظيمة من الحلق بجوار
الورم ثم باستعمال الضمادات القاترة على الدوام وعند ظهور القروح ينبغي
إخراج الصديد بواسطة شق عظيم وعند التهديد بالاحتناق مثلاً تفعل شقوق
عديدة وإن لم يفر ذلك وخيف من حصول ما ذكر وجبت المبادرة بفعل القطع
الخصي ويان بنى انتفاخ يابس غير مؤلم زمن أطول بلا فالاجود طبة قال تجار يبي
استعمال الحار يبق فانها أضعف من الدلك بالمراهم اليهودية أو الزيتية والمس
بصبغة البودا ومجاول (يجول)

• (الفصل الثالث) •

(في أمراض المريء)

• (المبحث الأول) •

(في الالتهاب المروي ويعرف بعسر الازدراء الالتهابي)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

كل من الالتهاب القزلي والالتهاب ذي الغشاء الكاذب والالتهاب البثري
يعتري الغشاء المخاطي المروي كما يعتريه ايضا قروح وقد يحصل فيه

تتكورز وتفتح عقب تأثير الكاويات الكيميائية الشديدة وقديده ترى
 المنسوج الخلوى تحت هذا الغشاء التهابات وتجمعات صديديه
 فاما الالتهاب النزلى لهذا العضو فأكثر ما يحصل من المؤثرات المضرة
 الموضوعية كالمطعومات الحريفة او الساخنة جدا وكادخال الجسم المروى
 ادخالا غير صناعى وقد يمتد الالتهاب العدى والخلقى النزلى نحو المريء كما ان
 التهاب هذا العضو النزلى قد يكون متعلقا باحتقانات وريدية احتباسية
 ناشئة عن مرض فى القلب او فى الرئتين فقيم الغشاء المخاطى لجميع القناة
 الهضمية

وأما الالتهاب المروى ذو الغشاء الكاذب فتندر مشاهدته ويكاد لا يحصل
 الا عند وجود التهاب دى غشاء كاذب فى الخنجر او الحلق او مده سيرة
 التيفوس او الحالة التيفويدية للهضة او فى الحيات الطفيفية الحادة
 وأما الالتهاب البثرى للمريء فيندر حصوله فى الجدرى او عقب استعمال
 الطرطير المقيئ

وأما قروح المريء فالأغلب ان تنشأ من أجسام حادة تنبت مثل الغشاء
 المخاطى او من أجسام زاوية تنقف فى أحد اجزاء هذا العضو وتحتبس فيه
 ويندر ان تتكون عقب كى الغشاء المخاطى وفى مده سيرة الالتهاب النزلى
 المزمى لهذا العضو ومن هذه الاسباب قد تؤدى لالتهاب المنسوج الخلوى
 تحت الغشاء المخاطى وتقيحه واما التفتح الجزئى من الغشاء المخاطى المروى
 فانه يحصل عقب تأثير الجواهر الكالة سيما الحوامض المركزة
 (الصفات التشريحية)

اما الالتهاب المروى النزلى فتندر مشاهدته على شكل حادى فى البلنة وان شوهد
 كان الغشاء المخاطى ذا احمرار شديد متفخما ممل بالقرق ومغطى بافراز
 مخاطى واما الالتهاب المروى النزلى المزمى فيظهر فيه الغشاء المخاطى سيما ثلثه
 السفلى سميكاً مرمجاً ومغطى بمادة مخاطية لزجة وقد ينبج
 عن الالتهاب المذكور لهذا العضو اتساع فيه عقب استرخاء طبقة العضلية
 كما ينبج عنه ضيق فيه عقب الضخامة الجزئية لطبقته العضلية المذكورة
 هى والمنسوج الخلوى تحتها راجع المبحث الثانى والثالث

وأما الالتهاب المروي ذو الغشاء الكاذب فيوجد فيه الغشاء المخاطي احمر
فاتما ومغطى بنضج غشائي مختلف السمك على هيئة لطخ أو غشبية
معدنة

وأما الالتهاب البثري لهذا العضو فتكون في طبقته البشرية بثرات غير
واضحة تملأ بالصديد وتغير فيخلفها فقد جوه سطحي وهذا الشكل يكون
قاصرا على الثلث السفلي المروي إذا كان هذا الالتهاب ناتجا عن استعمال
الطبيب المقيئ

وأما قروح المريء فالغالب ان تكون على هيئة تسخانات سطحية في سطح
الغشاء المخاطي لكن قد يتفرح بجمع معك الغشاء المخاطي بل قد يمتد القروح
الى الطبقة العضلية والمنسوجات الخاوية المحيط بها
وأما الالتهاب المنسوج الخاوي تحت الغشاء المخاطي فقد يشاع عنه مما كان
وقضايق في المريء إذا كان سير هذا الالتهاب مزمننا وقد يشاع عنه تقيح
وخراجات إذا كان سيره حادا

وأما الالتهاب المروي الذي ينتج عن جواهر كابية فتستحيل فيه الامصار
المصابة الى خشكر يشات مسخرة متغيرة اللون او مسودة ويظهر حولها
بسرعة احقان ونضج غزير من مادة مصلية ثم تنفصل الخشكر يشة وقد
يستعاض نفقا بالجواهر لكن بخلفه دائما تضاييق في المريء متى كان التهاب
عظيما عقب انقباض المنسوج الندبي

(الاعراض والسير)

ينضج بسهولة عند ازدياد بلعات غذائية ساخنة قللة احساس المريء مسحا
جزء السفلي فلا تحصل الاكلام الا في الالتهابات المروية الشديدة جدا كالتي
تحصل عقب عرق هذا العضو وجرحه بواسطة أجسام حادة معدنية وكالتي
تعقب تأثير الجواهر الكابية الاكالة ويحس به هذه الاكلام حينئذ في الجزء
الغائر من الصدر وفي الظهريين السكتين ثم ان هذه الاشكال القليلة من
الالتهاب يشاهد فيها ايضا عسر في الازدياد متى التهابت عضلات المريء
وارتفعت بمادة مصابة اذ لا يكون لها مقدرة حينئذ على دفع البلعات
الغذائية وهذه الحالة المعروفة قد يبا عسر الازدياد الالتهابي تصطب داما

بضيق وضجر شديدين وكلما كان وقوف البلعة الغذائية في اعلى المريء كان احساس المريض بها اقوى وعند اجراء حر كان ازدراد جليدة يمكن بانقباضات المريء معوضا عن دفعها مما احتوى عليه هذا العضو الى اسفل طرده الى اعلى بحيث تنقهقر الاغذية المزدودة ثانيا ويخرج بها مواد مخاطية مدعمة وبعض اجزاء من النضج الالتهابي وجميع هذه الاعراض يصطبغ دائما بعطش شديد وقد تكون مصحوبة مع ذلك باعراض جبهية سيما اذا امتد الالتهاب امتدادا عظيما ثم اذا كان سير هذا المرض جيدا تزول الاعراض تدريجيا في الغالب وقد تزول دفعة واحدة عقب افتتاح خراج متكون في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي المروي وقد يختلف هذا المرض قضايقات مروية وربما اعقبه الموت عقب ثقب المريء او غرقه راجع المبحث الخامس

واما الاشكال الخفيفة من الالتهاب المروي التزلي الحاد او المزمن فلا تصطبغ باضطرابات واضحة مدة الحياة سيما الالتهاب المروي البشري والالتهاب المروي ذو الغشاء الكاذب يكاد لا يعرف الا اذا حصل خروج مواد غشائية كاذبة فان هذا الشكل من الالتهاب المروي اذا اصطبغ بالتهاب حنجري او بلعوي ذي غشاء كاذب تحتقى اعراضه وهي الآلام وعسر الازدراد باعراض هذين المرضين كعسر التنفس ونحوه كانه اذا ظهر ظهورا تابعا في القيوم او غيره من الاعراض لا تيسر معرفته ايضا فان المريض حينئذ يكون ذا هبوط وخدر عظيم فلا تسمع له شكوى بخصوص هذا المرض

واما القروح المروية المزمنة فانه ينشأ عنها احيانا آلام فارة في محل معين من هذا العضو وعسر مسمر في الازدراد لكن لا تيسر تمييزها عن التضيقات الابعة ادخال الجبس المروي غالبا اذ في حال التقرح المروي لا يعوق الجبس عائق ويخرج معه مواد مخاطية مدعمة وعند انتمام القروح المروية تنضم اعراض تضاييق المريء

(المعالجة)

معالجة الالتهاب المروي لا تكون الا في الاحوال الثقيلة جدا لان اشكاله

النفيسة لا تعرف فتستخرج الاجسام الغريبة الناشئة عنها الالتهاب على
حسب القوانين الجراحية وعند حصول التأكل بواسطة الحوامض
المعدنية او القلويات الكاوية لا ينبغي استعمال مضادات هذه الجواهر
الا اذا كان المرض حديثا وليقتصر في الالتهابات الحادة لهذا العضو على
اعطاء الماء الجليدي او تعاطي بعض قطع صغيرة منه في الفم ثم استحلابها
واستعمال الاستفرغات الدموية عامة او موضعية لاثمرة فيه اصلابا وربما
كان مضرا كما ان تعاطي الادوية عسرة ولا نجاح فيه غالبا واذا كان المريض
ذا اقتدار على الازدراء لا تعطى الا الاغذية السائلة واذ لم يكن ذا قدرة
على الازدراء يلجأ لتغذيته بواسطة الحس المروي او الحنق وعند وجود
قروح مزمنة لا تفر الطرق العلاجية المتعددة الموصى باستعمالها فيقتصر
حيثما أمكن على معالجة المرضى على تغذيتهم بغيره الاحتراس واللفظ

• (المبحث الثاني) •

(في تضاييق المرى)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

تضاييق المرى نارة فتأمن الضغط الواقع عليه وتارة عن غزوات مرضية
في قناته وتارة عن تغيرات في جذره وهذه الحالات هي الجديرة بان تسمى بتضاييق
المرى وهي تنفج عن انتهاء آت الالتهاب المذكور في المبحث السابق
(الصفات التشريحية)

اما الضغط على المرى فيحصل بكيفية ميكانيكية واغلب الاسباب هي اما
من اتساع الغدة الدرقية والغدة الليفية للعنق وعند انحجاب المنصف
واما من تحول العظم اللامي واما من الاورام العظمية التي تحصل في العمود
الفقرى واما من انحرافات والاورام الكائنة بين القصبة الهوائية والمرى
واما من سرطان الرئة والبلور والاوريز وما وتارة وهو نادر فقط الجيوب
المروية التي سنشرحها في المبحث الاتي على الابرء الكائنة اسفل منها من
المرى وقد وجد في بعض الاحوال التي شوهد فيها علامة انضغاط المرى
واضحمة مدة الحياة ان الشريان تحت الترقوة الايمن المتعدد امرضيا
خارج من خلف الشريان تحت الترقوة الايسر وماترجهمة اليه من بين

القصة الهوائية والمرى او من بين المرى والعمود القفري وهذا الشكل
من تعسر الازدراد الثاني عن عيب طبيعي يستمر بعسر الازدراد الخلق
واما التولدات الجديدة التي تظهر على السطح الباطن من المرى فهي اكثر
الاسباب اتساجا لتضايقه وستكلم عليها في المبحث الرابع
واما ما يسمى بتضايق المرى حقيقة فينشأ اولاً عن انقباض ندي في اغشيتة
يتكون عقب فقد جوهر عظيم فيها وهو يخفف في الغالب التآكل او القروح
الممتدة وثانياً عن ضخامة في الطبقة العضلية والمنسوج الخلوي الكائن بين
اليافها ناتجة عن الالتهاب التزلي المزمن لهذا العضو بحيث يظهر عند شق
جدار هذا العضو السميك جداً شقوقاً طولياً هيئة مخططة مخصوصة لان
الياف العضلية الضخمة تكون ذات لون اسمر محمر واما المنسوج الخلوي
الضخم الكائن بينها فيكون ذا لون مبيض ومكوناً لجوارح ليفية ومع ذلك
يكون الغشاء المخاطي على الدوام نخباً منتفخاً غير مستو وثالثاً عن ضخامة
في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي لهذا العضو وانكماشه انكماشاً
ندياً

ثم ان تضايق المرى نارة يكون غير واضح بالكليّة ونارة يكون عظيماً جداً
بحيث يفسد تنجويقه وهذا التضايق يعترى الثالث السفلي من المرى
غالباً وقد يشاهد في بقية اجزائه وجدار المرى على محل التضايق تمكاد
تكون ذات ضخامة على الدوام وقناة هذا الجزء الاعلى مقسعة واما
جداره اسفل محل التضايق فتكون ذات رقعة وقناة هذا الجزء الاسفل
منطقة

(الاعراض والسير)

حيث ان تضايق المرى على اختلاف اسبابه يتكون دائماً كونه تدريجياً
يبدأ ولا بد هذا المرض باعراض غير خطيرة وغير مهمة في الظاهر اذ قد يستمر
العائق زمناً طويلاً خفيفاً عند ازدراد البلعات الغذائية العظيمة ثم يزول
بالشرب واجراء حر كات ازدرادية قوية فيكون ذلك هو العرض الوحيد
لهذا المرض ثم يزداد عسر الازدراد شيئاً فشيئاً ولواعنت المرضي بخضغ
الاغذية وتجزئتها بحيث تعسر عليهم تدريجاً ازدراد البلعة الغذائية

ووصولها الى المعدة والجزء الذي تحس المريض فيه بوقوف البلعة الغذائية يكاد يكون على الدوام خلف قاعدة القص وان كان محل التضيق قريباً من القوادى فم المعدة ثم يقوى ازدياد عسر الازدراد بحيث لا يتيسر ازدراد الجواهر السائلة

وكلماء عظم العائق وقل امكان قهره بواسطة الشرب او باجراء حركات ازدرادية جديدة كثرة تهقر البلعة الغذائية واندفاعها الى الاعلى ثانياً وازداداد البلعة الغذائية لا يكون بحركات ديدانية عكسية اى غير طبيعية كما قد يتوهم ومعنى كونها عكسية ان يعقب انقباض جزء من المريء انقباض الجزء الاعلى منه لان هذه الحركات لا تحصل فى المريء اصلاً كما ثبت ذلك بالملاحظات الفسيولوجية بل ان انقباضات المريء التى تحدث بالصناعة لا تسرى دائماً الى الاعلى الى الاسفل حتى تتجاوز محل التضيق ومع ذلك فلا مانع من اندفاع البلعة الغذائية وتهقرها الى اعلى اذا لم يكن مرورها الى اسفل بالحركات الديدانية الطبيعية اى المستقيمة التى تعتمد من اعلى الى اسفل حتى تصل الى محل التضيق فلا يتيسر مرور البلعة منه فينبذ بتتابع البلعات يمتلئ المريء وتدفع السقلى ما فوقها فيحصل تهقر فيما احتوى عليه المريء الى القسم ثانياً واجبا نالاً يحصل اذنى انقباض فى عضلات البطن عند حصول هذا الشكل من التواء وفى احوال أخرى تحصل انقباضات تشنجية فى عضلات البطن بدون ان يكون لذلك دخل فى استقراغ المريء وعند ازدياد التضيق فى المريء يحس على الدوام بعد الاكل والشرب بضغط مؤلم غائر فى الصدر مصحوب بقلق وضجر عظيم يرتقيان الى درجة عظيمة حتى تنفذ المواد الزرودة سواء كانت قليلة السكينة او كثيرتها وهو الغالب من انقسم ثانياً اختياراً واضطراباً بواسطة مجهودات ازدرادية انقذاً فاما متعباً قدر يجبا وتكون المواد المندفعة ثانياً قليلة التغير لكثرتها محتطه بمواد مخاطية كثيرة

وعما يتوكد لنا حقيقة التشخيص استعمال المجس المروى اذ به يعرف التضيق ودرجته ومجس بل وشكله ومع وجود هذه الظواهر الناتجة عن التضيق او وجود سرطان او غيره من

الاورام تشاهد شحافة تدريجية تأخذ في التزايد انما ناتجة عن عدم وصول
الجواهر الغذائية للمعدة فينبذت ببطء البطن ويمتنع التبرز يا مابل اسامع
فتملك المرضى من الحرمان والجوع

(المعالجة)

معالجة تضيق المريء من تعلقات الجراحة وبمضق الطيب والصبر
والمداومة يمكن الحصول على نتائج عظيمة بحيث في ابتداء الامر الذي
لا يتيسر فيه احبانا ادخال اساطير مرنة دقيقة يمكن الوصول بالتدريج فيها
بعد لادخال مجسات مروية عظيمة بل وبلعة غذائية مناسبة الحجم كما شوهد
ذلك في مريض عولج في الاكلينك الجراحي في مدينة حريسوك كان
مصابا بتضيق مريء حاصل عن اسباب غير مدركة وحيث يكون المريء
التضيق على الدوام مجلسا لمواد مخاطية متراكمة تزيد في عوق مرور
المطعومات نوصي المرضى المصابة بتضيقات مروية باستعمال ماء الصودا
او محلول بي كربونات الصودا كواسطة تسكينية ونأمرها بتعاطي جولة
ملاعق من هذا المحلول الدواق قبل كل اكل حتى تندفع المواد المخاطية
ويسهل مرور المطعومات منه

• (المبحث الثالث) •

(في تمدد المريء)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

تمدد المريء اما ان يكون عاما لهذا العضو او جزئيا فاصرا على امتداد قابل
منه وقد لا يعتري هذا الاخير الا جهة من جدره فينشأ عن ذلك تجاوز في
كثيرا ما يعظم حجمها فتصير على شكل جيوب متصلة بالمريء تسمى بالجيوب
المروية وقد تتكون جدر تلك الجيوب من الغشاء المخاطي فقط بان يبرز
هذا الغشاء بين الياف المريء العضلية على هيئة القنطرة ويكون مغلفا
بالطبقة الخلوية الظاهرة

واكثر ما يشاهد بقطع النظر عن تكون الجيوب المروية تمدد هذا العضو على
محـل تضيقاته ثم اذا حصل تضيق في القواد كان التمدد المروى عاما وان
حصل تضيق في المريء كان التمدد جزئيا وقد يكون العام ناشئا عن التهاب

الغزلي المزمن وشلل طبقته العضلية الناشئ عنه ويظهر أن تعدد المرى
الذي قد يشاهد عند المرضى المصابة بأمراض مزمنة في المعدة مع في متكرر
ناشي عن ذلك أيضا وكثيرا ما تكون اسباب تعدد المرى غير معروفة وأما
زعم بعضهم أنه ناشئ عن ارتفاع الجسم أو عن معالجة داء النقرس بمخاطي
كبيرة عظيمة جدا من الماء القاتر فلا يعول عليه وقد تتكون الجيوب المروية
عن الأجسام الغريبة التي تنشب في ثقبات الغشاء المخاطي وتغور في جدره
شيئا فشيئا ينفذ الأغذية المارة عليها من البلعوم وقد تتكون في بعض
الأحوال من ظهور بعض الغدد الشبيهة التي كانت متصلة بالغشاء المخاطي
مدرة لها إخراجا فاحشا ثم جذبت معها عند ضرورها وقد لا تعرف اسباب
تكون الجيوب المروية بالكلية

(الصفات التشريحية)

أما تعدد العام للمرى فتكون فيه قناة هذا العضو ممتدة في غلظ ذراع
الرجل وجدرها ذات ضخامة غالباً يندر كونها رقيقة
وأما التعدد الجزئي ففيه يكون الجزء الذي في أعلى محل التضيق مباشرة أكثر
اتساعاً ثم يتناقص نحو الأعلى بحيث يتكون من ذلك كيس مستطيل يوجد
في قاعدته فتحة ضيقة

وأما الجيوب المروية فتتكون في الأغلب حذاء قعر القصبة الرئوية
وقد تتكون في محل اتصال البلعوم بالمرى وهذه الجيوب في الابتداء
تكون مستديرة ثم تستحيل فيما بعد إلى معلقات اسطوانية أو هرمية كالثة
بين البلعوم والعمود الفقري واستطراق هذه الجيوب بالمرى يكون بواسطة
فتحة ضيقة مميزة منكمشة وقد تظهر هذه الجيوب كما تدادعوري
للمرى فيه تتراكم المواد الغذائية فالجزء السفلي من المرى إذا كان يكون
فأرغاماً مضاعفة على نفسه

(الاعراض والسير)

أما التعدد العام للمرى فيوجد بدون ظواهر مرضية تدل عليه وأما
التعدد الجزئي السكاكن أعلى محل التضيق فلا يتوعد أعراض التضيق إلا من
حيث كون الأغذية تتكثرت ومناطويلاً في المرى وتتراكم فيه بمقدار عظيم

قبل ان تنفجر وعند طردها الى الخارج (بحركة كحركة الاجترار) تكون
لبنة جدا محتلطة بمواد مخاطية وتارة فاسدة منعقة لكنها غير منهضمة وذات
خواص قلووية فينبقى الالتفات الى هذا الامر انبه يتميز كون الاغذية مرادة
من المعدة او من المريء

ومنى وصلت الجيوب المروية تلجم عظيم جدا بحيث تقف الاغذية فيم ابدل
المعدة نتج عن ذلك اعراض تشابه اعراض تضيق المريء المصهوبة بقد
جرتى تابعي فالاغذية المزدردة تنطرد ثانيا بعد يسير من الساعات غالباً وتكون
ذات فساد متقدم ويتشم من فم المرضى رائحة كريهة متعنة وقد لا تعرف
حقيقة التشخيص الا بالبحس المروى فانه تارة يصادم عائقاً عظيماً وتارة يتزاق
من امام الجيب المروى ويصل الى المعدة بدون عائق واذا كان الجيب
المروى في مبتداهذا العضو او بطرفه العلوى أمكن ان يشاهد خلف
الخبرة ورم رخو يزدهج عقب تعاطى المطعومات ويتناقص عقب
استقرارها وأما اذا كان اسفل من ذلك فينتج عنه احياناً من الضغط على
القصبية الهوائية والاوعية الغليظة عسر عظيم في التنفس واضطرابات
في الدورة الدموية وفي مثل هذه الحالة تهلك المرضى جوعاً

• (المعالجة) •

ليس للصناعة اقتدار على معالجة تمدد المريء نعم اذا تبسر الوصول بالبحس الى
المعد من امام الجيب المروى وجب تغذية المريض ومناطوي بلا واسطة ذلك
البحس عسى ان يصغر حجم الجيب المروى عقب منع دخول الاغذية فيه
وهيات ان يحصل ذلك

• (المبحث الرابع) •

(في التولدات الجديدة المرضية للمريء)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

يشدر مشاهد الاورام الليفية في المريء وأما الدرن فيكاد لا يشاهد فيه
مطلقاً وأما السرطان فيحصل فيه بكثرة والغالب ان يكون حصوله في هذا
العضو اولياً ويشدر امتداده اليه من التولدات السرطانية للجباب
المنصف

واسباب الاستحالة السرطانية لهذا العضو غير معروفة لنا كاسباب التولدات السرطانية لغيره من الاعضاء ويقال ان أكثر من يصاب به المعتادون على الافراط في تعاطي المشروبات الكحولية

• (الصفات التشريحية) •

اما الاورام الليفية فهي تجمعات مخرقة ذات لون ابيض مزرق في حجم حب العدس او القول وتتكون في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي لهذا العضو وقد تظهر على شكل بوليبيوس ذي عنق متقسم طرفه السائب الى جهة قصوص والغالب ان يكون منشؤها من سمحاق الغضروف الخفيري الخلق كما قاله (روكيناسكي)

وأما تولداته السرطانية فأكثرها السرطان البشري وتندر وجود الاسكيروس والسرطان النخاعي في هذا العضو والغلب ان يكون مجلس السرطان الثلث السفلي والعلوي من المري وتندر ان يعترى الثلث الاوسط والغالب ان الاستحالة المرضية تصيب جميع دائرة القناة المروية فتتكون حينئذ التضاييق السرطاني لهذا العضو وهذه الاستحالة تبتدى دائما بالمنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي ثم تدب بسرعة الى الغشاء المذكور فتبرز على سطحه وعندئذ السرطان وتلاشيته تتكون قروح غير منتظمة محاطة بدائرة من تشمة مغطاة بقطر دم ومواد صديدية او مواد خلية مسودة وقد يتدسرطان المري من طبقتيه الظاهرة المخاوية الى الاعضاء المجاورة وعندئذ قرحة تحصل تنقبض في القصبة الهوائية والشعبور بما حصلت مع ذلك في الامبر والشرايين الرئوية

• (الاعراض والسير) •

أما الاورام الليفية الصغيرة المتحركة لهذا العضو فلا ينشأ عنها اعراض وأما البوليبيوس الليفى ذو العنق فيصطبغ بطواهر تضاييق المري وقد ينبج عنه انزقة ويمكن الوصول اليه بالمس المروى بل وبالاصبع ان كان مجلسه جهة الاعلى

وأما سرطان المري فلا تعسر معرفته لانه يغلب على الظن وجوده متى ظهر عند مريض متقدم في السن عصر في الازدراد بدون سبب معلوم يزداد شياً

فشيأ على التعاقب الى ان تنتج عنه الطواهر المهولة التي ذكرناها في المبحث الثاني من هذا الفصل سيما عند من اعتاد على المشروبات الروحية فان من المعلوم ان اغلب اسباب التضايقات المروية هو السرطان وأما بقية أنواع التضايق المروية فنادرة جدا بالنسبة له ويقوى الظن بوجود تضايق سرطاني في المرى متى انضم لذلك آلام ناعسة في محال مختلفة خصوصا بين الكتفين وحصل للمريض مخافة مريعة واكتسب اللون الاصفر الوسخ الكاشكسي الذي يظهر عادة في الوجه عند من يكون مصابا بالسرطان على العموم وربما كذا للتضييق اذا خرج مع المواد المخاطية أو الصديدية المدعمة المنبصقة أو المتشبة بالحمى المروية قطع سرطانية وتحقق الطبيب من طبيعتها وقد تتناقص اعراض التضايق عند تقدم سير هذا المرض عقب تلاشي السرطان لكن لا تزال الحافة آخذة في التزايد بسرعة فتنتفخ الاطراف وتتكون تعقدات في الاوردة الفخذية غالبا وينتهي الحال بالموت عقب الهوك أو عقب تنقب أحد الاعضاء السابق ذكرها

• (المعالجة) •

توسيع التضايق السرطاني للمرى بواسطة الجسات أمر خطير فيبقى تركه بدون عملية التوسيع متى عرفت طبيعة المرض وذلك انه في ابتداء سير هذا المرض يصرع في تفرجه وفي دوره الاخير يؤدي لحصول التثقيبات المروية فالمعالجة حينئذ لا تكون الاعرضية فعند التألم الشديد تعطى الاستحضارات الانفيونية وعند عدم القدرة على الازدراء يجتهد في تغذية المرضى بالحقن من الامراق وان لم يكن في ذلك ثمرة من حينئذ النجاح

• (المبحث الخامس) •

(في تنقب المرى وعقره)

تنقب المرى اما ان يحصل من الباطن الى الظاهر او من الظاهر الى الباطن فهو حينئذ وشكلين فالشكل الاول أكثر ما ينتج عن تفرح السرطان وتلاشيهِ ويندر حصوله عقب تفرحات ناشئة عن شظيات عظيمة او عقب تهتكات غائرة ناتجة عن تأثير جواهر كاوية واما القرحة الناقبة كالتي تشاهد في المعدة والاثنى عشرى فلا تشاهد في المرى واما الشكل الثاني اى

تنقب المري من الظاهر الى الباطن فينشأ اماعن ايوريزما الاورطى
او عن تقرح الغدد الشعبية الدريسة وتلاشها سيما التي مجلسها محل تفرع
القصبة الهوائية واماعن خراجات كائنة على الجهة المقدمة من العمود
التقرى ناشئة عن تسوس الفقرات او عن كهوف درنية

واما ترقق المري بدون تقدم تغيرات مادية في جسده فلم يشاهد الا نادرا جدا
والغالب ان جدر المري التي كانت تهتك بالكلية اما بواسطة السرطان
او التآكل بالكاويات والتقرحات وقروية من الترقق تتميز فجأة عند التجشئ
الشديد والقيء

ومتى انتقبت جدر المري بما حذى الكيفيات المذكورة وصل منخصله الى
التسوج الخلوى المحيط به او تكون عن ذلك استطرافات بين هذا العضو
والقصبة الهوائية او بينه وبين تجاويف البليورا او التامورا او بينه وبين
الاوعية الغليظة

وقد يظهر في الاعضاء المجاورة للمري التهابات التصاقية قبل حصول الترقق
او التنقب بسبب تقدم الفساد فيها واعراض هذه الالتهابات حينئذ تعتبر
من مقدمات هذا التنقب وقد شاهدت عند مريض مصاب بسرطان في المريء
ظهور التهاب بلوراوى مزدوج والتهاب تامورى ظهوريا تدريجيا وعند
فعل الصفات التقرىحية وجدت المحال الملاصقة للسرطان من البليورا
وغلاف القلب متغيرة اللون وواقعة في حالة خشك ريشة لكن لم يكن حصل
فيها خرويج متجصل المريء في هذه الصبابة

وعند حصول الترقق نفسه تحصل آلام شديدة متغيرة في الصدر وحصولا فجائيا
ويتغير لذلك قسعريرة وبهاثة وبرودة في الاطراف وانخفاض على حسب
محل الترقق او التنقب يعقب ذلك اما اعراض اختناق واعراض التهاب
بليوراوى شديد جدا او نزيف غزير ثم يحصل الموت بعد ذلك بقليل او في
الحال

وحيث انه لا معالجة لهذا الداء فلا محل لذكرها

• (المبحث السادس) •

(في الامراض العصبية المريء)

من الامراض العصبية المروية الايبريستيزيا اعنى ثوران قابلية تنبيه اعصاب الحس المروية ومن ذلك ما يسمى بالكرة الايستيرية وهو الاحساس بكرة كأنها تصعد في المرى وتقف في جرة معين منه وقد سبق ذكر الكرة الايستيرية عند الكلام على الامراض العصبية للعجزة ومن ذلك ايضا الحالة المتعبرة تشنجا مرويا اعنى الحالة التي لا يحس فيها المريض الا بانقباض في المرى به يتصور ان لا قدرة له على الازدرد وهذه الحالة لا يندور وجودها عند الشخص الذي عضه الكلب الكلب وقد ذكر الشهير (ايندال) حالة فيها لازم الشهير (بويه) اوقات الطعام مدة شهر مع مريضة كانت تظن مدة أكلها انها تشتق كلها ارادت الازدرد

واما الايستيزيا المروية اعنى تناقص اوزوال قابلية تنبيه اعصاب الحس المروية فلا حاجة الى الكلام عليها النسرة الاحساس الطبيعي جدد هذا العضو

ومنها الايبركتيزيا المروية اعنى ثوران قابلية تنبيه اعصاب الحركة المروية وتسمى بمصر الازدرد التشنجي فتشاهد بكثرة والينبوع الاغلي لهذا التشنج المروى الانعكاسى هو تهيج الرحم ولذا يشاهد في الغالب بكثرة عند النساء المصابات بالايستيزيا وقد يكون بنوعه مركزيا فيكون عرضا لمرض دماغى او مرض فى الجزء العالوى من النخاع الشوكى وقد ينشأ ايضا عن التسمم بالجواهر المخدرة او الكحولية والتشنج المروى كغيره من الامراض العصبية ذو نوب وقترات فاما النوب فيكثر حصولها في أثناء الاكل بحيث يصير المريض لجأة غير قادر على الازدرد ويكاد يحس على الدوام كأن جسمه غريبا وانقلب في المرى ثم اذا اعتري التشنج الجزء العالوى من المرى ارتدت المواد المزدردة حالا واذا اعتري الجزء السفلى منه فلا ترتد المواد الا بعد نزولها فيه ببرهة والغالب ان يوجد مع ذلك احساس بتضايق ونوب اختناق واحيانا انقباضات تشنجية في عضلات العنق وبعد استقرار النوبة زمنها متفاوتا في المدة تزول اعراضها بالكلية لكن تارة تبقى درجة قليلة من هذا المرض اسابيع بل اشهر وتسمى بالفيق التشنجي وعند البحث بالحس المروى لا يوجد في أثناء الفترة ادنى عائق واذا أجرى البحث بالحس مدة

التوبة يزول نارة الانقباض عند الجس ثم انه يوصى في هذا المرض زيادة
عن معالجة المرض الاصلى باستعمال المخدرات سيما البلادونا والجواهر
المضادة للتشنج كحشيشة الهر والحلتيت والماتستر واذالم يتيسر للعريض
الازدراد وجب استعمال هذه الوسائط حقنا وانجح الوسائط استعمالا
الجس المروى الصناعى المتكرر

ومنها الاكثر كبتريا المروية اى زوال قابلية تنبيه الاعصاب المروية بالحرارة
اعنى الشلل وهذا المرض يشاهد قبل الموت بقليل مصاحبا لعلامات الشلل
العام مشاهدة غير نادرة وقد يكون هذا الشلل المروى ذاتى بنوع مرضى
فيصاب امراض الدماغ والجزء العنقى من النخاع الشوكى ثم ان هذا
المرض اى الشلل المروى اذا كان تاما كان الازدراد متعذرا حتى ان اهل
المرض كثيرا ما يفرحون عندما يربطون فم المريض الذى كابد حر كات
الفرع لانهم يرونه لاقدرته على الازدواد وان المواد التى يعطونها له ترتد
تانيا للقم او تصل الى الحنجرة فينتج عنها نفوب الاختناق المعلومه وأما اذا كان
الشلل غير تام فالبلعة الغذائية لا تكاد تتقدم الا ان البلعات الغذائية
العظيمة الحجم والجواهر الصلبة تكون أسهل ازدراد امن غيرها في هذه الحالة
وبالوقوف بسهل الازدراد وبالشرب يستعان على ترزح البلعة الغذائية
والمرضى المصاب بعسر الازدراد الذى من هذا النوع لا يشتكى باحساس
مؤلم عادة والجس المروى لا يصادفه عند وضعه عائق في هذه الحالة

ثم ان المرض الاصلى لطبيعته لافائدة في معالجة شلل المريء الناتج عنه وقد
اوصى بعضهم بادخال الجسات المروية ادخالا متكررا وباعطاء الاستركتين
واستعمال الكهربية وقد قال انه شاهد في بعض الاحيان فائدة من ذلك

(الفصل الرابع فى امراض المعدة)

(المبحث الاول)

(فى النزلة المعدية الحادة اى التهاب التزلى الحاد الغشاء المخاطى المعدى)

(كيفية الظهور والاسباب)

الغشاء المخاطى المعدى يشاهد فيه مدة كل هضم طبيعى تغيرات اذا شوهدت
فى غير هذا الغشاء من الاعشبة المخاطية تعتبر تغيرات نزلية وذلك ان افراز

العصير المعدى يكون معجوا بادئا باحتقان عظيم في الغشاء المخاطي المعدى
 يعقبه دائما افراز مخاطي غزير واتصال كمية عظيمة من اخلية بشرية وهذه
 الحالة العصية كغيرها من التغيرات المرضية الخفيفة المشابهة لها تكون
 معجوية باضطراب بني عموي يسمى بحصى الهضم وعلى هذا فالعريف الذي
 ينطبق عموما على الالتهاب النزلي للاغشية المخاطية لا يمكن ان ينطبق على
 التزلة المعدية فان التغير في الحالة الاولى مرضي وفي الثانية حصى فلا يعبر حينئذ
 عن تغير الغشاء المخاطي المعدى بانه التهاب نزلي الا اذا جاوز هذا التغير حده
 الحصى ومن الواضح تجاوز هذه الحالة حدودها الصحية بسبب تكرار
 الهضم كل يوم وبسبب تعاطي الجواهر الغذائية المضاعفة التركيب او غير
 الجيدة التي تستعمل عادة فيترتب على ذلك ان التزلة المعدية الحادة تعد من
 التغيرات المرضية الكثيرة الحصول جدا ولهذا السبب كان من الواضح
 ايضا ان الارتقاء المرضي لحالة صحية يزول ويعود بسهولة اكثر من تغيرات
 اخرى مخالفة بالكلمة للاحوال الصحية ولذا كانت التزلة المعدية الحادة عند
 القسك بالقواعد الصحية اللائقة والمعالجة الجيدة اقل مكثا واسهل شفا من
 غيرها من التغيرات النزلية للاغشية المخاطية الاخرى

ثم ان الاستعداد للاصابة بهذا المرض يختلف باختلاف الاشخاص فبعضهم من
 يصاب بسرعة بالتزلة المعدية من التعرض او اثرات رديئة ومنهم من يحصل
 هذه المؤثرات بدون ضرر ومنهم وهو كثير من يكون استعدادا للاصابة بهذا
 المرض بكثره متعلقا بتناقص في افراز العصير المعدى اذ به يسهل حصول
 تحللات غير طبيعية في المادة وهذا هو السبب الغالب في حصول التزلات
 المعدية وبهذا السبب ايضا يتناقص افراز العصير المعدى يشاهد كثرة
 استعداد الاشخاص المصابين بمرض حصى لهذا المرض والقول بانه يوجد
 في جميع الاحوال الجيدة نزلات معدية من المبالغاة المتجاوزة الحد فان كلا
 من تضخم اللسان وفقده الشهية عند المريض المحموم لا يترتب عليه وجود
 تلك التزلة ثم حيث انه في كل حصى يحصل بارتفاع درجة الحرارة ازدياد في
 التجخير المائي بواسطة الجلد والرتسين فلا بد وأن يتناقص افراز اللعاب
 ويستتبع من ذلك تناقص افراز العصير المعدى ايضا وهذا الحكم لا يثبت

بحمد مقارنة العصير المعدى بغيره من الافرازات بل ايضا بالمشاهدات
اللاواسطية للطبيب (يومن) وعلى هذا اذا لم تحصل مراعاة هذا الامر ولم
تحتسب المرضي الاحتراسات اللازمة في اجراء التدبير الصحى الغذائى
الموافق لتناقص افراز اللعاب والعصير المعدى لابد وان تحصل نزلات
معديّة ثقيلة واغلب المضاعفات المعديّة التى تشاهد مع تسير الامراض
الانتهائية كالالتهاب الرئوى وغيره ينتج بدون شك من اهمال التدبير الصحى
الغذائى

وكذا زيادة الاستعداد للاصابة بالنزلة المعديّة الحادة فى الأشخاص
المنهوكين ذوى التغذية الرديئة يظهر انما ناشئة عن تناقص افراز اللعاب
والعصير المعدى او بكونهم اضعفين غير كافين فى الهضم اذ بذلك يسهل
تحلل المعومات وفسادها ومن القواعد المطردة انه متى تناقصت كمية الدم
حصل تناقص فى افراز العصير المعدى كغيره من الافرازات وحيث ان
التسكون الخلقى القسوى لا يوجب فى المنهوكين يكون متناقصا والقوة الحويّة
لجميع الخلايا منخطة كذلك فلا شك انه فى مثل هذه الاحوال تتناقص كل
من كمية اللعاب والعصير المعدى ولا يحتوى الاعلى قليل من الجسيمات
العاية او العصرية المعديّة ذات الخاصية التخمرية الضعيفة ولذا يشاهد
كثيرا فى الناقهين نزلات معديّة بكثرة عند تعاطي معومات لا تضر بهم فى
وقت آخر بسبب ضعف تأثير كل من اللعاب والعصير المعدى وعدم تحلل
المواد الغذائية تحللاتا ما بحيث يبقى جزء منها فى المعدة فاسدا ومثل ذلك يقال
فى الاطفال المنهوكين فانها تصاب بالنزلة المعديّة عند تعاطي كمية من لبن الام
اولين البقر مخفقا بالماء لا تضر بغيرهم من الاطفال اقوياء البقية المماثلين
لهم فى السن

وأقل من ذلك سهولة فى التوجه ازدياد الاستعداد للاصابة بالنزلة المعديّة
فى الأشخاص الذين يصونون معدتهم مع غاية الاحتراس من جميع المنبهات
الغير الطبيعية فان الأشخاص الغير المعتادين على تعاطي بعض المشروبات
الروحية والاطفال الملاحظ فيهم التدبير الغذائى بقاية الضبط يكثر فيهم
حصول النزلات المعديّة متى أهمل تدبيرهم الصحى ولو بسير اختلاف غيرهم

من الاشخاص المعتادين يومياً على تعاطي قليل من المشروبات الروحية والاطفال المعتادين ايضا على تعاطي الاغذية المتنوعة العسرة الهضم فينبغي فهم حصول التزلة المعديّة وبالجمله يشاهد ايضا زيادة الاستعداد للاصابة بالتزلة المعديّة فيمن اصاب بهذا الداء مرارا

وأما الاسباب المتعمدة لحصول التزلة المعديّة فتم اذ دخل كمية عظيمة جدا من الجواهر الغذائية في المعدة ولوصله الهضم في حداتها وقد أشرفنا فيما مر الى ان حصول التزلة المعديّة في مثل هذه الحالة لا يكون ناشئا عن امتلاء المعدة بل عن تأثير متحصلات التحليل والفساد الحاصل من عدم كفاية كمية العصير المعدي المنفر في هضم الجواهر الغذائية الموجودة في المعدة ولذا لا يشاهد حصول التزلة المعديّة عقب زيادة امتلاء المعدة بدون واسطة بل لا تشاهد اعراض هذه التزلة الا في اليوم التالي ليوم حصول الامتلاء المذكور

ويندر تعاطي كمية من اطعمومات زائدة عن الحد بالنسبة للبالغين والاشخاص المتقطنين بدون مقتض بخلاف الاطفال الحديثي الفطام فانهم لا يستتدرون بالشبع فيفرضون في الماء كل متى أمكنهم ذلك افراطا موجباً لزيادة امتلاء المعدة خصوصا الاطفال المنوعين من ذلك مع شدة الاحتباس ومن المعلوم ان الاطفال الرضع لا يوجد فيهم الاحساس بالشبع فتراهم يزددون اللبن متى وجدوه الى ان تمتلئ معدتهم بزيادة فاذا تقاىوه زال هذا الامتلاء الزائد ولم يبق في المعدة الا ما يمكن هضمه واذا لم يتقاىوه بقي هذا الامتلاء فيصابون بالتزلة المعديّة ولو كان ما تعاطوه من الطف الاغذية وما شتر به لقوا بل ان الاطفال الذين يتقاىون اللبن بسهولة يحفظون صحتهم فلا يكثر تغيرهم كغيرهم

ومن ما تعاطى الجواهر الغذائية العسرة الهضم ولو بكمية متوسطة وفي هذه الحالة ايضا لا تؤثر هذه الجواهر الغذائية تأثيرا مهيجا في الغشاء المخاطي المعدي بل المؤثر متحصلات تحليلها وفسادها المتكوّنة عند عدم تمام هضمها ثم ان عسر هضم الجواهر الغذائية يتعاقب في الغالب بشكلا فان ذوى الشراة وعديى الاسنان وان ادخلوا في معداتهم جواهر غذائية مملّة الهضم في حد

داتها لكن على حالها يعسر تشربها بالعصير المعدى لقلة تجزى الاغذية
وتخلل العصارة المعدية في جميع اجزائها ومن المعلوم ان صفار البيض الشديد
الاستواء اسهل في الهضم من سائعه وذلك لان الاول يسهل تجزئته في القم
سهولة عظيمة دون الثاني فلا تيسر تجزئته الى جزئيات صغيرة الا بعسر عظيم
فاذا حصل ازدراده قبل ذلك كان عسر الهضم وكذلك اللعوم الشحمية
وامر اقمها الدهنية فانه كثيرا ما ينشأ عنها نزلات معدية لكن ليس هذا فاشنا
كما تعتقد العامة من عسر هضم الشحوم بل من عوق تشرب اللعوم بالعصير
المعدى واختلاطه بهذه المواد الدهنية في عسر هضمها ولان ذلك يكرهنا جميع
الجواهر العسرة الهضم التي ينشأ عن تعاطيها ولو بعد ازالة نزلات معدية
مضافة من طول الكلام

ومنها وهو كثير جدا ادخال جواهر غذائية آخذة في الفساد قبل وصولها
الى المعدة فانه يمكن حصول التلوث المعدية في البالغين من تعاطي اللعوم
الآخذة في التعفن ومن البوزة الغير التامة التخمير وهو ذلك ويحصل
في الاطفال بكثرة من تعاطى اللبن الذي ابتداء فيه تخمر الحضر اللبن ولذا
تتسرع تغذية الاطفال تغذية صناعية مدة الصيف ليكون فساد اللبن في
هذا الفصل سريع الحصول فاذا لم يتطاف فم الاطفال نظيفا جيدا وأعطى
لهم اللبن في ثدى صناعي لاجل عدم صراخهم أمكن ابتداء فساد لبن البقر
بل ولبن الام ولو حديثا في القم (ومن المعلوم انه يلزم الدقة في تنظيف انا اللبن
المراد حفظ اللبن فيه عن الفساد وتنقيته من الجزئيات الفاسدة التي توجد
فيه عادة حتى يحصل على هذه الغاية) ومتى ابتداء فساد اللبن المحتوية عليه
المعدة أثرت في اللبن الطارئ ولو جيد امهما أمكن كسبه بحيث انه يفسد بسرعة
وسنذكر فيما سياتى ان الجواهر الآخذة في التخمير يمكن انما تحدث في جدر
المعدة فسادا ولينا بعد الموت ومثل هذا التأثير وان كان لا يقع على المعدة معدة
الحياة بسبب الدورة الدموية والتبادل العنصرى السريع في تلك الجدران الا
انه ليس من البعيد عن العقل ان الطبقة البشرية ذات التغذية القليلة القوة
تفسد مدة الحياة بتأثير متحصل المعدة الآخذة في التخمير وان تعرى الغشاء
المعاطى من طبقة البشرية الحافظة له ليرادى لافراز غير جسد فيظهر أن

اعراض التي موالامها لمدة الحياة ولين المعدة بعد الموت لا ينتج عن منحصل
تخمير الحض البني اعني حمض البنيد بل عن فعل التخمير نفسه ويستنتج ذلك
من كون اللبن المنعقد الذي استحالة سكره البني الى حمض لبنيك استحالة تامة
يمكن تناوله بجملة دار عظيم بدون ان ينتج عنه ادنى ضرر ولا اطلاق الكبارا و
البالغين وان اللبن المعدي المذكور يمكن حدوثه في معدة بعض الحيوانات
بعد فصلها منه بجملة بالبن الحديث وتعرض الدرجه حرارة لطيفة واحداث
اللين بهذه الكيفية فيها سهل منه اذ ملئت بحوامض محققة

ومنها وهو كثير حصولها عقب تجميد الغشاء المخاطي المعدي بواسطة
المطهومات الحارة او الباردة جدا والجواهر الدوائية والكحول والاقاويه الا
ان تأثير الكحول كلما كان اقل خفة كان أكثر ضررا وأما الاقاويه ونحوها
من الجواهر المنبهة فان استعمالها بمقدار قليل ينبت حر كذا الهضم وأعات
على حصوله بازدياد افراز العباب والعصير المعدي بطريق الانعكاس وان
استعملت بمقدار عظيم زاد التنبيه المذكور زيادة مجاوزة الحد فتؤدي
لحصول الغزلة المعدي

ومنها حصولها من ادخال جواهر تعوق القوة الهاضمة للعصير المعدي
أو تضعف حر كذا المعدة وتبطلها ومن الواضح ان كلا من هذين التأثيرين
يؤدي لتفساد المواد المحتوية عليها المعدة والافراط في المشروبات الروحية
زيادة عن تأثير الكحول المهيج الاواسطي في الغشاء المخاطي المعدي من
قييل هذه الاسباب ولذا نشاهد مواد القى في اليوم التالي ليوم الافراط
في المشروبات الروحية متكونة من مواد طعامية غير منهضة تسكاد
لا تكون متغيرة بالكلية ومن قبييل هذه الاسباب المخدرات سيما المركبات
الاقوية فانها تضعف حر كذا المعدة وتعوقها عن مزج المطعومات
بالعصير المعدي وبطول بقائها يحدث نزلات معدية كما يشاهد ذلك بكثرة
عقب استعمال مقدار عظيم من هذه الجواهر

ومنها انما قد تحصل من تأثير البرد الا ان حصولها منه اقل من حصول نزلة
المسالك الهوائية به

وبالجمله كثيرا ما نشاهد نزلات معدية بكثرة بدون اسباب معروفة في ازمئة

مخصوصة بتسلطن الحالة المرضية الوبائية المعدية كما ان الامراض المختلفة
في ازمسة هذا التسلطن تتضاعف بترلات معدية بدون سبب واضح ومن هذا
القبيل النزلة المعدية الوبائية المعهوبة بحركة حمية قوية والممتدة الى القناة
المعوية فمحدث ما يسمى بالهضة الانفرادية واما النزلة المعدية العرضية
للتسم في الدم فتسلك عليها في عملها

• (الصفات التشريحية) •

يشهد مشاهدة آثار النزلة المعدية الحادة في الرمة ومنى أمكن ذلك شوهده
الغشاء المخاطي المعدى حمرا احمرارافطيا بسبب الاحتقان الخفيف
ومسوجه رخا ومطعمه الظاهر مغطى بمادة مخاطية لزجة والغالب أن لا
يشاهد في المعدة تغير في الاطقال الذين هلكوا باعراض الهضة الطقلية
ولا غرابة في ذلك فان الاحتقان الشعري للاغشية المخاطية غير المعدية
الذي يصدق وجوده مدة الحياة بالتطريزول ولا يبقى له أثر بعد الموت وان
استرخى الغشاء المخاطي وانفصل بعض أجزا من طبقة البشرية الذين
يعتبران سببا لافراز المعدى المعوى الغزير الذي يحصل في الهضة الطقلية
كثيرا ما يحثي علينا رؤيتهما بعد الموت بحيث لا يمكن مطلقا اثبات وجودهما
مع التأكيد ولذا كانت المشاهدات اللاواسطية التي اجراها (يومن) على
الغشاء المخاطي المعدى في حالة ناصورية معدية عند القيس (مرتين
الكنديارى) مهمة جدا من حيث رؤية التغيرات التشريحية التي تحصل
في الغشاء المخاطي المعدى عند انتهاء التهابا نزليارؤية لاواسطية وذلك انه في
مثل هذه الحالة متى حصلت نزلة معدية عقب امتلاء المعدة امتلاء فرطا
بجواهر عسرة الهضم او عقب الافراط في المشروبات الروحية يشاهد
الغشاء المخاطي في ابتداء النزلة المذكورة حمرا احمرارافطيا او مرصعا
يقع جراية حمرة مغطاة بمواد مخاطية لزجة مختلطة في بعض الاصقار باسمرار
بليط من الدم وعند تقدم سير هذا المرض تشاهد موكة في الطبقة المخاطية
ويقف انقراز العصير المعدى بالكلمية بحيث يكون اغلب السائل الخارج
من الناصور المعدى متكونا من مواد مخاطية فقط او مخاطية صديدية
ذات خواص قلوية ثم بعد يسير من الايام يزول كل من الانقراز المخاطي

والخواص القلوية للمواد المحترقة عليها المعدة وحيدة يكتب الغشاء
الخطاطي المعدى خواصه الطبيعية

واما لين المعدة الذي يشاهد في رمة بعض الاطفال فهو وان كثر تشخيصه
مدة الحياة وتبين ان الصفة التشريحية مؤكدة له وشرح بعضهم اعراضه
شرحا واضحا وشهدت احوال مرضية مطابقة لشرح المذكور بالكلية
ليس الاظاهرة رمية دائما فان الاوصاف التي طبقت على لين المعدة عين
اوصاف الهيمزة الطفلية والصفات التشريحية التي زعم انها مؤكدة
للتشخيص توجيهها في غاية السهولة وذلك انه متى مات طفل كان مصابا بـ
واسم الـ عقب تخمر غير طبيعي في المعدة ولم يزل موجودا فيها اجواها آخذة في
التخمر فالخمر لا تنقطع حركته عند برودة الجثة يبطأ او حيث ان المعدة في
هذه الحالة لا تقاوم ذلك التخمر عقب انقطاع الدورة الدموية فيها تشترك في
حركة الفساد فلين كما تليق المعدة المنفصلة من حيوان بامتلائها بالبن
ووضعها زمنا يسيرا في محل قليل الحرارة ولذا ترى الاطباء الذين يقولون بان
لين المعدة ظاهرة رمية يحكمون بوجوده في الجثة متى مات طفل باعراض
الهيمزة الطفلية وكان متعاطيا كيسة من اللبن او غيره من الجواهر الصلبة
النحل والفساد قبل الموت بزمان قليل

ثم ان (روكياناسكي) الذي لا يقول بان لين جدران المعدة ظاهرة رمية في
جميع الاجوال قد قسمه الى شكلين الشكل الهلامي والشكل الاسود
فالاول منهما يكاد يثبت بالقوله ان يندى دائما من قاع المعدة ويعتد بالتدريج
الى قوسها العظمي واقل من ثلثي بلين الغشاء الخطاطي ثم يعتد اللين الى الطبقة
العضلية ثم الى الطبقة البريتونية وحينئذ تستحيل جميع اغشية المعدة الى
الامسنجابي فقط او سنجابي محمض ارب الى الصفرة ثقافا عند فم الحيوان
اشربة مسجرة موازية للاوعية الدموية الواقعة في اللين ايضا ثم متى
انصلت الطبقات الباطنة للبنية لقاع المعدة وجد هذا القاع مقوما من
مجرد البريتون الذي يكون على هيئة طبقة رقيقة مملوءة التمزق فحينئذ المعدة
البنية تترقق من ادنى امسالك باليد وتذوب بين الاصابع بل قد توجع المعدة
متفرقة ومتحصلة امنسجابي بجوف البطن وهذا اللين لا يقتصر على المعدة

أعما بل قد يمتد الى الجلباب الخارج وقد يكون الجلباب المذكو ومثقوبا
فيتركب متصل المعدة في التجويف الايسر لاسدر

وأما الشكل الثاني اى الاسود لآين المعدة فحقه لا تستحيل جدران المعدة الى
مادة هلامية شفاقة بل الى عجينة سوداء او مسهرة وهذا التغيير يسكون متى
كانت الاوعية الشعرية للمعدة ممتلئة بالدم وطرا أعلم العين والاشربة
المسيرة الناشئة من تغير الاوعية الغليظة والدم المحتوية عليه تلك الاوعية
في الشكل الهلامي تنشأ عنها عن نفس هذا التغير في الاوعية الشعرية
وما احتوت عليه من الدم

والادلة التي تثبت ان آين المعدة انما يحصل عقب الموت او عند التزع أقل
ما هنالك اى في الزمن الذي يكاد كل من الدورة والتبادل العنصرى في
الجدر المعدة يكون مفقودا فيه هي

اولا ان آين المعدة يكاد يوجد على الدوام في قاع المعدة الذى تسكون فيه
المتحصلات الجنسية المعدية من كنه ولا يشاهد في الجزء البوابى الا اذا كانت
الجنسة مائلة الى الجانب الايمن بحيث تتمد المتحصلات الجنسية المذكورة
الى

ثانيا ان آين المعدة يشاهد في جنه بعض الاطفال الذين لم يكن فيهم مدة الحياة
ادنى علامة من علامات اضطراب وظيفة المعدة وكانوا قد نعا طوا قبل الموت
بقليل لبن او ماء محلى بالسكر او جوار أخرى سهلة التضمير

ثالثا ان المشاهدات المعروفة من انه في الاحوال التي توجد فيها جدر المعدة
متمزقة عند فتح الجنه ومحصلاها منسكبا في تجويف البطن لم يظهر فيها مادة
الحياة ادنى عرض من اعراض التهاب البريتون ولا أثر تغيرات تشريحية
بريتونية عند فتح الرمة

رابعا ان ما يؤيد ذلك اخيرا ما ذكرناه من التجارب التي بها يمكن احداث
آين صناعى في جدر المعدة المتفصلة من حيوان

• (الاعراض والسير) •

اول ما تسلم هناعلى اعراض التزلة المعدية الحادة القليلة الشدة المحصورة
بمحركية خفيفة والمكونة لاصابة يومية تقريرا والناشئة في الغالب عن

تجنب التدبير الصحي وتسمى حينئذ الحالة المعديّة وفساد المعدة وبالتلبك المعدي فنقول

كما ان حركة الهضم الصحيّة ينشأ عنها قوور وملا وعدم ميل الى الاعمال الجسميّة والعقليّة كذلك ينشأ عن احتقان الغشاء المخاطي المعدي وزيادة افرازه المرتقين الى درجة التزلة المعديّة الحادة مل عام واحساس بتورعك لا يكونان نسبة حالة المرض البرهيّة الخفيفة في الجسم فيصم المريض بهبوط وتغريه كآبة وبشتكي قشعريرة متلاوة بجمرة وقية ويحصل لسرارة في الرأس وبرودة في الاطراف ويشتكى آلاما ضاغطة ثقيلة في الجهة تشفع نحو مؤخر الرأس وعند الانقضاء الى الامام يحس امام العين بشرر وكان رأسه يكاد يمزق والتغير المرضي في الغشاء المخاطي المعدي ينشأ عنه احساس بضغط وامتلاء في القسم الشراسيني يستقر ذلك الاحساس ولو كانت المعدة فارغة ويتزايد بالضغط وتنقص الشهية ويزداد العطش والغلب ان يجد المريض كراهة عظيمة للمطعمات واحساسا بغثيان وينضم لذلك ظواهر أخرى تنشأ عن فساد المواد المحتوية عليها المعدة وانحلالها غير الطبيعي وذلك ان التزلة المعديّة كما تنشأ في الغالب عن فساد المواد المحتوية عليها المعدة وانحلالها تكون ايضا سببا لفساد مصلات المعدة وقدر هن كل من المعلم (بدير وشديد) على ان العصير المعدي متى كان تحت اطماع او دسخطية وصار قلويا ضعفت قوته عن اذابة الجواهر الزالية الارزوتية اذابة طبيعية ففي مثل هذه الحالة تفسد الجواهر المذكورة وتصل فينتشر منها رائحة متنفذة وهذه التجارب مطابقة بالكليّة للملاحظات اليومية للطب العمل وكذا الجواهر التي لا تنضم بواسطة العصير المعدي يعتبرها ايضا انحلال غير طبيعي في احوال التزلة المعديّة فان النشائبات التي اخذت في الاستعمال وقت تناولها امن القم بسبب اختلاطها باللغاب لا تستحيل في المعدة في الاحوال الصحيّة الا الى سكر واما في التزلة المعديّة فالجواهر الغذائية الاولى المتعفنة تؤثر فيها كآنها خيرة فيستحيل السكر الناتج عن هضم المواد النشائية الى حمض اميني او الى سمى غالبا وأما اذا تعاطى المريض في التزلة المعديّة جواهر متخمرة كالقشع المعروف بالبوذة كالتيثا وصكان نقص التهاب التزلة نتيجة

الافراط في تعاطي الجوهر المذكورة فانه يحصل التضرر الخلى وأما اذا تعاطى
جواهر شحمية فانه يتكون عن انحلالها وفسادها حوامض شحمية وماعدا
أحوال التضرر اللبني يتكون عند حصول تحللات أخرى في مفصل
المعدن غازات في أحوال تحلل المواد الزلالية تتصاعد غازات منتنة محتوية
على الادروجين والكبريت وفي تضرر الحمض السمين يتكون الايدروجين
وجنس الكربون وفي التضرر الخلى ينشأ حمض الكربون وهذه الكيفية
يتضح حصول الانتفاخ الخفيف في القسم الشراسبي في أحوال الزلزلة
المعدنية الحادة وتحتوى غازات منتنة وتارة لارائحة لها على حسب الجوهر
المتناولة وكثيرا ما يبعد الى القم مع ذلك سوائل زرقعة الطعم او حمضية
وحيث ان الزلزلة المعدنية يغلب ان تتضاعف بزرقة كاذ كرافان اللسان
بتغطى بطبقة مخاطية ويكون طعم القم فيها او عجينيا ويتشر منه رائحة
كريمة

ثم اذا لم يتعرض المريض لمؤثرات مضرة أخرى بان احتقى بالصوم مادامت
المعدة عاجزة عن اتمام وظيفتها زالت تلك الاعراض من نفسها بسرعة
غالباً ويصل يحصل المعدة الفاسد من البواب الى المعى فينقطع استمرار
القساد احيانا باختلاطه بالصغراء أو العصير البشرياسى والافراز المعوى
ويتم الهضم الذى كان متاخرا للكن الغالب استمرار فساد الجوهر
وانتشار الغازات منها ولو خف السواد وحيث يزداد افراز لشاء الخيطى
المعوى المنهيج وتسرع حركات المعى فينتج عن ذلك انتفاخ وقرقرى البطر
ويظهر فيها زنا فزنا آلام تتناقص بخروج رياح منتنة من البطن ثم يحصل
اسهال سائل متكرر ثم ينهى الحال بالشفاء والعادة انه متى اعتدى المريض
نوم في الليلة التالية لليلة الاعراض حصل تحسين في حالته العامة او شفاء
بالكلية ولنبه على ان البول في مدة هذا المرض يكون متحملا لكمية
عظيمة من المواد البجمتية واملاح بولية ولا يندرطه ويطغى ربيس في
الشفتين

ثم انه اذا كان تأثير المؤثرات المضرة التي أحدثت الزلات المعدنية شديدا
جدا والمريض شديدا الاحساس حصل له تهوع وغثيان وفيه تنقذ الى

الخارج المواد المحتوية عليها المعدة متغيرة تغيرا قويا وضعيفا وتكون ذات رائحة وطعم حامين ومختلطة بمواد مخاطية كثيرة غالبا وقد يتكرر التي بعد قترات مختلفة طولا وقصرا وكلما طال مكث المطعومات في المعدة كانت مواد التي عادة مرة الطعم مخضرة اللون بسبب اختلاطها بالدم

وينضم لاعراض حالة التلبك المعدي الشديد اعراض تهيج شديد في الغشاء المخاطي المعوي غالبا فيحصل اسهال غزير من مواد مائية مخضرة مصحوب تارة بجمص وتارة لا ويحس المريض دائما براحة عقب التي والاسهال بل قد يشفي بالكلية بعد يسير من الايام وقد يستند كل من التي والاسهال اشتدادا عظيما بحيث ينشأ عنه ما يسمى بالهضة الافرازية

والهضة الافرازية عبارة عن شكل من التزلة المعدية الحادة التي تعتمد الى المعى وتصف بارتناسخ غزير من مواد سائلة قليلة الزلالية في المعدة والمعى ومثل هذا الارتشاح المائي يحصل في الدور الاول من الالتهابات التزلية لاغشية مخاطية غير غشاء المعدة سيما الغشاء المخاطي الاثني بكثره اذ حتى انه لا مانع من اعتبار التغير المعدي الناشئ عنه كل من الهضة الافرازية ومعظم اعراض الهضة الاسية تغيرا زليا يؤدي بسبب اعتداده لحصول اعراض لا تشاهد في غيره من الالتهابات التزلية

وهذا المرض يحصل في فصل الصيف غالبا وحينئذ يصاب عددا كثيرا من الأشخاص في آن واحد ويندر ان يحصل في فصل غير الصيف من سوء التدبير الصحي ويندر ايضا ان تسبق النوبة الهضمية اعراض مقدمة والغالب ان يصاب المريض به دفعة واحدة مدة الليل بان يحس بضيق متعب في القسم الشراسبي يتلوه بسرعة غشيان وفي من مواد طعامية غير متخمضة في الابتداء ثم يخرج بعد ذلك يتكرر التي كمية عظيمة من مواد سائلة خفيفة الاصفرار او ضاربة الى الخضرة ذات طعم مر وبعد ذلك يقلل يحس المريض بقو اقر في البطن ثم يتبر زبرا منكر رامن مواد رخوة هيجنية في الابتداء ثم من مواد سائلة يخرج منها في زمن يسير كمية عظيمة جدا وكلما زادت كيم اقل تلونها فان الصفراء المنسبة في المعى بكميتها الطبيعية لا تكفي لتلوين جميع الارتشاح المرضي وقد قد الدم لكمية عظيمة من الماء ينتج عنه عطش شديد

جدا لا ينطفي بتعاطي مقدار عظيم من المشر وبات الانطفاء وقتيا والمواد
 السائلة تتجرد وصولها الى المعدة تنقذف من اعلى او من اسفل بالتي او
 الاسهال الذين يتكرر وصولهما كل ربع ساعة تقريبا وبذلك تزداد كثافة
 الدم والافرازات مما الافراز البولي فانه يتناقص او يمنع بالكلية بسبب فقد
 السائل الضروري لتكوينها وتغص السوائل الخلائية من جميع المنسوجات
 فيجف الجلد ويزول استلاؤه ويضمر المريض وتغيره حسنة ويتسبب الانف
 وتغور الاعين بسبب جفاف المنسوج الخلوي للجهاجين وبذلك يتناقص
 حجمه وينضم لهذه الاعراض انقباضات عضلية مؤلمة خصوصا في مفاصل
 الساقين مع انه يكاد لا يوجد ألم في البطن وعند انضمام هذه الانقباضات
 العضلية المؤلمة الى الاستقراعات المتكونة من سائل عديم اللون عائم فيه
 ندف من خلايا بشرية معوية شبيهة بجمل غسيل الارز او الشعير تشكل
 الهيمزة الافرازية بصورة مشابهة بالكلية لشكل الهيمزة الوبائية الهندية
 ومع ذلك يندر مشاهدة زوال ضربات القلب والنبض زوالا تاما ومشاهدة
 اللون السيانوزي اى المزرق للجلد وبرودته وبرودة افاعية كما يشاهد ذلك
 دائما في الدور الاسفكسي للهيمزة الهندية ثم ان شدة الاعراض وهبوط
 المريض وانحطاطه والخطر الظاهر وان بلغ جميع ذلك ما بلغ لا ينبغي
 للطبيب ان ييأس مادام محققا ان المرض ليس وبائيا اى ليست الهيمزة
 هيمزة وبائية هندية اذ من المعلوم ان الشخص البالغ السليم البنية يكاد
 لا يموت من الهيمزة الافرازية والغالب ان يمنع التي والاسهال بعد يسير
 من الساعات ويندر ان يسقر الى اليوم التالى ليوم الاصابة فيصير الجلد حارا
 ويكتسب امتلاء ثانيا ويحصل للمريض نوم وهو في حالة الاضمحلال ثم
 يتشكى بعد ذلك بتعب عظيم ويندر ان تتلوو به الهيمزة اعراض الحمى
 المعدية ويندر جدا ان تنتهى هذه الحالة بالموت فان حصل ذلك فلا يكون الا
 للاشخاص المنهوكين او المرضى من قبل اول الاطفال والشيوخ وحينئذ
 فشل المعى ويمنع التي والاسهال لكن مع اسمرار الارتشاح ويزول النبض
 وتضعف سر كات القاب شيئا فشيئا وتسكدر الحواس وتهلك المرضى في حالة
 انحطاط

وأما التهاب المعدة الترنلى الحاد الاطفال الرضع فهو ذو أوصاف مخصوصة
 ناتجة عن تغذى هؤلاء الاطفال بالبن الام والبقرة فاما الدرجة الخفيفة لهذا
 التهاب الترنسب فيها الاضطراب الهضمى الى تضخم الاغذية كما قاله المذم
 (سيدنا) لا تغير مرضى اولى ولا ثانوى في جدران المعدة ويسمى بأسوء الهضم
 فتكون الحالة الظاهرة للاطفال قليلة التغير وانما تكون أكثر ما هناك فيها
 تبعاً لمرحله باهية اللون بهاته خفيفة واعينهم محاطة بهاته مظلة ويكاد
 يحصل لهم دائماً بعد الرضاعة بزمن يسير في ممن لين غير منعقد انعقاداً
 صهيافوع هذا التي من الاعراض المهمة فينبغي تمييزه عن التي مذى اللبن
 المنعقد الناتج عن امتلاء المعدة فان انعقاد اللبن اى تجمسه في التي الصبي
 للاطفال لا يدل على ان اللبن صار حضياً بل على ان العصارة المعدية اثرت فيه
 تأثير صهياف حتى انه قدت المادة الجينية وأما عدم انعقاد اللبن المنعقد في التي
 فيدل على عكس ذلك اى على وجود افراز غير طبيعى في المعدة ويؤدى لترجيح
 وجود نزلة معدية وبعد ظهور هذا التي بقليل او معه تصير الاستقرانات
 المعوية غير طبيعية وقد ينفذ التي بالكلي وتكون صفة هذه الاستقرانات
 هي العرض الوحيد للنزلة المعدية بان تكون من سائل ذى خواص حضية لونه
 مخضر او اخضر مفر ومن تعقدات مختلفة الصلابة يخض اللون شبيهة بالتي
 نشاهد في اللبن عند ما يعثر به تغيرات من استطالة مكته خارج الجسم وذلك
 يثبت لنا ان العصير المعدى لا قوة له على هضم اللبن كما لا قوة له على انعقاد بقاء
 وكل من التي والاسمال السالى لضجر الاطفال وصبر يحنها والمجذاب
 اطرافها السفلى نحو البطن يتكرر بقرات مختلفة المدة وكثيرا ما يتغير لون
 الاستقرانات وقوامها

ثم تارة وهو الغالب يزول التي عما قليل من الايام ويعدم اللبن غير المهضم من
 الاستقرانات البرازية وتعود الاطفال الى صحتها وتأخذ في النمو ثانية وتارة
 يحصل زمنافز منافي من مواد حضية الرائجة من لبن سائل غير مهضم
 او مستحيل الى كتل صلبة وعزج بمواد مخاطية ويكثر الاسهال وتكون
 استقراناته سائلة رقيقة غزيرة جدا ذات لون مصفر فاقع او مخضر ثم مبيض
 في غالب الاحوال وكثيرا ما يسبح في سائل الاسهال بعض ندق مصفرة

او محضرة تبقى متشبثة بلقافة الطفل ويرشح السائل من تلك اللقافة وينزل
فيها بقعا عظيمة رطبة عديدة اللون ورائحة الاستقراعات البرازية وبقية
خواصها تكون حينئذ حضية وقد يتغير بدون سبب معلوم لون الاستقراعات
البرازية بسرعة احيا نافية ندف فجأة كنية عظيمة من مواد مسخرة جدا غروية
رخوة ذات رائحة كريهة ثم ان هذه الاشكال الثقيلة من التزلة المعسدية
المعوية التي سماها الملم (سيدناو) بالامهال الطفلي تورث الاطفال الخطاطا
عظيم لم يرعا فتفسيرهم وتقبض انقباضا تألما وعما قليل من الايام
تسكروا وتوجد اعينهم منطقة نصف انطباق غالبا غائرة في الخجين وترق
شفاهم وايديهم وارجلهم ويصير الجسم سيما الظهور به بقا يقع مرمرية
وتكون حرارة الجسم متوزعة توزعا غير منتظم فيكون الجذع سيما البطن ذا
حرارة لا تطاق والوجه والاطراف باردة واليوافج تفقد نوتها بسبب
تناقص امتلاء او عية الدماغ فتخسف بل يتخسف كل من الجهة والعظم
المؤخرى اسفل العظمين الجداريين وتضعف حركات الطفل وتضعف رضاعته
بحيث يترك الثدي بسهولة الا انه يشرب الماء بشراهة كبيرة ويقبل
صراخه الشديد الذي يسبق التبرز عادة باتين ضعيف تدريجيا ويصعب
فترات اوقات التبرز ذات التناسلية خفيفة ومن الاطفال من يملك عند ازدياد
الاشطاط وقد يحصل له قبل الموت يسيرة تشنجات واعراض أخرى ناتجة عن
انيميا الدماغ (المعروف بالايديروسفالويد اعني شبه الاستسقاء الدماغى) ثم
اذا شرع هذا المرض في السير الحاد تناقصت الاستقراعات المعدية تدريجيا
وصارت طبيعية وزال الاخطاط واستوى توزع الحرارة العامة وتبقى
الطفل الا انه يبقى عنده استعداد عظيم للنكسة

واما اذا ظهرت الاعراض المذكورة بسرعة عظيمة وكثرت كرات التبرز
وحصل للطفل في يسير من الساعات الاخطاط عظيم قبل ان تحصل التخافة
العظيمة وكان ذلك معصوبا بتناقص عظيم في حرارة الجسم العامة وانضم
لذلك علامات تكاثف الدم يسمى ذلك بالهيمسة الطفلية وكثافة الدم تعرف
اولا بما ينتج عنها من العطش الذي لا يكاد ان يطفى حتى ان الطفل يظهر
لاناء الماء بشراهة عظيمة واذا اعطى له امسكه يسيده امساكا قويا وشرب

ما فيه حتى يفرغ وثانيا بانضاح اعراض السبب فوزو ثانيا بضيق خاص في التنفس حتى ان جدار الصدر والحجاب الحاجز تكاد يجهودان عظيمة بدون ان يعرف وجود عائق للتنفس سوى صعوبة مرور الدم المتكاثف في الاوعية الشعرية للرئتين وقد يهلك الطفل باعراض الهيمزة الطفلية المذكورة في يسير من الساعات وقد تضي نوبة الهيمزة الطفلية عليه ولا يبق فيه الا شكل خفيف من التورلة المعدية وقد يعقب نوبة الهيمزة المفزعة شفاء تام بعد يسير من الزمن

• (التشخيص) •

اما تميز التورلة المعدية الحادة التي تظهر على صورة تلبك معدى عن غيرها من اضطرابات الهضم فسنذكره في البحث العاشر من هذا الفصل واما الهيمزة الانفرادية فلا يمكن تمييزها تميزا كلياً عن الهيمزة الهندية اى الوبائية الناتجة عن تأثير ميازما في هيمضى فان اعراضها ليست متشابهة فقط بل اعراض الهيمزة الانفرادية عين اعراض الاحوال الخفيفة من الهيمزة الهندية ولا فرق بين هذين المرضين الا بان نصف المصابين بالهيمزة الهندية يهلكون واما المصابون بالهيمزة الانفرادية فيكاد يشفى جميعهم وكثيرا ما تشبه الهيمزة الانفرادية بالتسمم الا انه يندر ان تكون مصطبحة بالام شديدة جدا كالتسمم بالحوامض او بالاملاح المعدنية ويندر ان يحصل في التسمم استقراعات غزيرة جدا بخلاف الهيمزة الانفرادية فلا يندر فيها ذلك ومتى استطالت مدة المرض واتضح في مدته سيره فلو اهر اعتبارا بديه وجب مراعاة الاحوال التي تدل على وجود السم

واما التورلة المعدية الحادة الحاصلة للاطفال الرضع وكذا اسها لهم فلا يسهل اختلاطهما بغيرهما من الامراض

• (الحكم على العاقبة) •

الحكم على عاقبة التورلة المعدية الحادة بالخطر والسلامة يستنبط شرحه من سير هذا المرض وذلك ان البالغين السليمي البنية من قبل يكادون لا يهلكون بهذا المرض اصلا واذ تكرر تفكساته استحتمل بسهولة الى الحالة المزمنة واما الاطفال فالتورلة المعدية الحادة وتأتجها بالنسبة لهم تعد من الامراض

الخطرة جدا بحيث يهلك الطفل بها ولومع المعالجة الدقيقة

• (المعالجة) •

معالجة هذا المرض تنقسم الى واقية وسببية ومعالجة المرض نفسه ومعالجة عرضية

فاما المعالجة الواقية للفترة المعدية الحادة فشرحها بموجب الى تطويل فانا لو اردنا ذلك لزمنا ان نذكر جميع قوانين التدبير الصحي لكن بما تقدم ينضم لنا انه ينبغي لتجنب حصول التزلات المعدية الاعتناء التام في تدبير غذا بعض الأشخاص كالحمويين والناقهين وحديثات الولادة والرضع فاما الاطفال الرضع فينبغي دائما ان يعطى لهم املين الام او المرضعة اذا تيسر ذلك وان اقتضى الحال تغذيتهم بلبن البقر ويجب ان يراعى في ذلك قوانين صحية مهمة يعرف أغلبها بما تقدم منها ان يكون اللبن جيسدا اى حديثا بحيث يكون محلولا في اليوم الواحد مرتين بالاقل ومق ظهر فيه ادى حوضة وجب غليه في الحال لمنع استحقالة السكر اللبني الى حمض اللبنيك ويمكن ان يضاف لمثل هذا اللبن قليل من الكربونات القلوية حتى يصير متعادلا وازائد القلوية قليلا فان في ذلك فائدة عظيمة ومنها ان لا يكون اللبن مأخوذا من البقر المغذى بالكسب ونحوه بل من البقر المغذى بالعسيم ونحوه من المراعى الجيدة ومنها ان يكون محققا لتحقيقا كافيا بان يضاف اليه في الربع الاول من السنة الاولى قدر ثلثيه من الماء وفي الربع الثاني يضاف اليه قدر ثلثه ومنها ان يعطى اللبن في ازمة منتظمة غير قصيرة جدا وفي الاسابيع الاولى من الولادة يعطى الرضيع المص الزجاجة ذو الخلعة المربعة الشبيهة بمحلاة الثدي كل ساعتين وبعد ذلك يعطى له كل ثلاث ساعات ثم كل أربع ساعات وكلما كانت فترات التعاطى قصيرة وجب ان تكون الكمية المعطاة صغيرة ومنها ان تقلق الاواني التي يشرب منها الطفل وكذا فقه تنظيفا جيدا واكل تهاون في هذه الاحتراعات وعبا ودى لحصول التزلات المعدية وأما القسك بها غاية القسك فقد يحفظه من التزلات المعدية أقل من كثرة حصولها

وأما المعالجة السببية فتستدعى في الاحوال التي تكون فيها التزلة المعدية مسقرة بسبب تناول المطعومات المضرة او الجواهر الغذائية الاخذ في

الفساد والتحليل استعمال مقي ثم ان بعضهم قد غرط من جهة في استعمال ذلك في التزلة المعدنية الحادة كما أهمل بعضهم من جهة أخرى في استعماله اعمالا زائدا عن الحد فانه اذا وافق الطيب على تطلب المريض او جزم بمجرد اخباره باحساس بضغط وامتلاء في القسم الشراسيني وبتغلي اللسان ورائحة القم بان عنده تلبكات معدية وأمر للمريض في جميع هذه الاحوال بعرق الذهب والطرطير المقي فلا بد أن تستطيل مدة المرض غالباً تعريض المعدة المريضة من قبل لتأثير بدم مضر بدون احتياج الى ذلك كما ان من المضر خوف الطيب المفرط من تأثير الجواهر المقيشة حذر من كونها تحدث اسهالا ومن كونه يمكن ان يشاهد عقب استعمال الطرطير المقي المستطيل التهاب معدى بقى ومن نظريات غير صحيحة في تأثير هذه الجواهر فان من يزعم ذلك من الاطباء يكون قد نسى ان تهيج المعدة الذي ينتج عن تأثير الجواهر المقيشة فيها ليس ضررا ولا متلفا عادة كما دلت على ذلك التجارب اليومية لطب العمل وجهل التجارب المقيدة للمعلم (ماجندي وبودجه) التي ثبت بها ان تأثير عرق الذهب المقيش والطرطير المقي ليس نتيجة التهيج الشديد الذي تحدثه هذه الجواهر في جدار المعدة بل هو نتيجة دخولها في الدم واختلاطها به وان (ماجندي) المذكور تيسر له احداث التقايب بواسطة الحقن بالطرطير المقي في الاوردة ولو بعد تعريض المعدة بثلاثة

فني جزم الطيب بان المعدة مخنوية على مواد فاسدة فأن دل على ذلك انتفاخ قسم المعدة وصوت القرع على هذا القسم وتجشئ غازات وسوائل تذكر برائحتها وطعمها الاطعمة التي في المعدة وسوغت حالة المريض استعمال هذه الوسيلة القوية لئلا يترك بدون تأخير استعمال المقي والاجود ان يؤخذ جوامس عرق الذهب وقمعة من الطرطير المقي ويعطى ذلك المقدار مرة واحدة ويخرج المواد غير المنهضمة الفاسدة وأن أمكن بسرعة من المعدة بدون المقي وبدون ادنى ضرر وكما أشرنا لذلك لا يحصل دائما فان هذه الجواهر الفاسدة كثيرا ما تمسكت في المعدة زمانا طويلا وتحدث بوصولها الى الامعاء اضطرابات مستمرة ثقيلة فقي أمكن تخليص المعدة من تلك الجواهر التي تحدث فيها تهيجا مستمرا أو أمكن ايضا صيانة المعى عن تأثيرها المضر يلزم ان لا يخشى الطيب

من التنجيق الوقى الذى تعدّه الجواهر المقيّنة في المعدة وأما اذا امتنع الطيب من اعطاء المقيّ في مثل هذه الحالة وأمر به بجرعة من المغنيسيا المكسدة كما هو جار الاّن بكثرة كان ذلك بلا شك هو السبب في استطالة المرض كما يحصل في الاحوال الاخرى التى يعطى فيها المقيّ بدون احتياج اليه ثم ان الحى المتوسطة السّنة التى تعصب النزلة المعدية لاتمنع من استعمال المقيّ وأما اذا كانت شديدة جدا وشك الطيب في كونها ابتداء حى تيفوسية وجب عليه ان لا يعطى المقيّ فان التيفوس ربما اكتسب سيراً ثقيلاً مستقراً في الاحوال التى فيها يعطى ابتداء مقبضات او مسهلان

وأما المعالجة السّبية فانها في النزلة المعدية البسيطة لاتستدعى استعمال المسهلان الا اذا وصلت المطعومات القاسية الى الحى وفتح عنها انتفاخ غازى في البطن ومغص خفيف وخروج غازات كريهة الرائحة وغيرها من اعراض الامتلاء المعدى المنذفع الى اسفل ففى مثل ذلك تعطى المسهلان الخفيفة خصوصاً الراندا ومنقوع السنال المركب ويوصى في مثل هذه الحالة خصوصاً اذا اصطبغت بتكوينات حمضية غير طبيعية في المعدة بجرعة من المغنيسيا المكسدة (بان يؤخذ منها نصف اوقية على عمان او اقم من الماء ويعطى منها كل ساعة واساعتين مل معلقة من ملاعق الاكل) فحدث ولا بداسها لا تخيفاً حينئذ تفضل عن الاملاح المتعادلة

وأما ان حصلت في المعدة تكوينات حمضية غير طبيعية وظهور انهما حافظتا للنزلة المعدية بان استحال الجواهر النشائية الى حمض لينيك وسميك او حصل تخمر خلى في المعدة عقب تعاطى البوزة او التبيذ ولم تسوغ مكابدات المريض الخفيفة اعطاء مقيّ فان المعالجة السّبية تستدعى استعمال القلويات الكربونية والمستعمل بكثرة هو ثلثى كربونات الصودا يعطى منها كل مرق من ست قعات الى عشرة مصعوقة او محلوقة واذا اريد اعطاء ما ذكر سائلا على الشكل المعروف بماء الصودا فيمكن الماء المحفوظ في الخازن مخفوا على يكرربونات الصودا حقيقة لا مكتوفا فقط من حمض الكربونيك والماء كما هو العادة في تكوين مياه الصودا على مقتضى الدستور الاقرباذيقى الانجلىزى

وكثيرا ما يختلف في المعدة قليل من الجواهر الاخذة في الفساد ولومع
الاستقرارات المتكررة من اعلى ومن اسفل والقلويات المستعملة ايضا
وان كانت ذات قوة على تعادل الحوامض المتكونة في المعدة لا قوة لها على
ايقاف حركة الانحلال اى الفساد الحاصل في هذه المواد ومنع تكون
منصلات حمضية جديدة وهذه الجواهر المتخلقة في المعدة الاخذة في
الفساد تسرى حركة انحلالها وفسادها الى المطعومات الجيدة فتحصل
الاغذية غير المضرة الى جواهر مضرة بالقشاء المخاطي المعدى خصوصا في
الاطفال الذين تشاهد فيهم هذه الحالة بكثرة جدا فالعاجلة السببية في هذه
الحالة تستدعى ايقاف فساد الجواهر التي تبقى في المعدة ولو بعد التي
والاسهال والحصول على هذه الغاية عسر وكثيرا ما تنجز عنه صناعة الطب
ففى علم الطبيب ان السبب الغالب للاسهال في الاطفال هو الفساد اى
الانحلال الغير الطبيعى لما احتوت عليه المعدة والامعاء اتضع له توجيه
النتائج المضرة بما جلبتهم اذ الميراث فيها غير النزلة المعدية والمعوية ومن
المعلوم انه يعسر ايقاف التخمير من الابتداء وغيره من حركات الانحلال
خارج الجسم وايضا الوسايط التي تستعمل لذلك خارج الجسم عادة لا يمكن
استعمالها جميعها لايقاف التخمير والفساد اللذين يحصلان في باطنه
اذ لا يتيسر لنا تخفيف ما احتوت عليه المعدة ولا جعله في درجة حرارة
مرتفعة جدا أو منخفضة كذلك بحيث يقف تخمره وفساده بل بعض
الجواهر التي تستعمل مضادة للتخمر ذات تأثير سمي في الجسم لكن لو اعتبرنا
الجواهر العديدة المختلفة الخواص التي تستعملها الاطباء على سبيل التجربة
او العقل في اسهال الاطفال وقبضهم مع النصح العظيم احيانا لوجدنا انها
جواهر تستعمل ايضا خارج الجسم لايقاف التخمير وغيره من انواع الفساد
والانحلال واغلب هذه الجواهر استعملت في اسهال الاطفال والقلويات
الكربونية والحوامض المعدنية خصوصا حمض المريايتيك والزئبق الحلو
وتترات الفضة وكذا التين والكربوزوت والجوزالمقني ومن الجائز ان بعض
هذه الجواهر لا سيما تترات الفضة والتين ذات تأثير جيد في القشاء المخاطي
المعدى المعوى لانها تلطف درجة احتقانه بسبب خاصية القبض التي فيها

الآن أغلبها خصوصاً الزئبق الحلو لا يؤثر هذا التأثير في الفشاء المخاطي
المعدى فلا يمكن توجيه الصراح الذي يعقب استعمالها إلا بكونها تؤثر حركة
الاضلال والفساد الحاصلة في الجواهر المحتوية عليها المعدة فتعد حنظل من
المعالجة الباردة فعلى هذا متى وجد الطبيب طفلاً مصاباً بقرحة معدية تخفيفه
تعرف بالنقيء الخاص بهذا المرض واختلاط مواد البراز الحفصية بلبن غير
منهضم وجب عليه ان يأمر لطفل بالحببة القاسية التي سيأتي بيانها في شرح
معالجة المرض نفسه بالقنوات الكربونية التي هي الطف الجواهر السابق
ذكرها بشرط ان تكون ممزوجة بقليل من الراوند على شكل السقوف
الحاتري الراوندى الكثير الاستعمال فان كانت القرحة ثقيلة وكان الاسهال
شديداً كان استعمالها على شكل الصبغة الراوندية بأن يأمره بالجرعة
القديمة المشهورة المكثفة من درهمين من صبغة الراوند وثلاث عشرة نقطة
من محلول كربونات البوتاسا واوقيتين من ماء الككمون ودرهمين من
الشرباب البسيط ويعطى من هذا الخليط على ملعقة صغيرة عدة مرات في
اليوم فان لم تنجح هذه الطريقة ودام فساد الجواهر المحتوية عليها المعدة
وازداد الاسهال وجب اعطاء مقدار صغير من الزئبق الحلو كما هو المدوح
في معالجة اسهال الاطفال من منذ زمن طويل والعادة ان يعطى منه ثمن قبة
او ربع قبة مرتين او ثلاثة في اليوم والمعلم (سيدناور) مع تفصيله للزئبق الحلو
في مثل هذه الحالة عن غيره من الجواهر العلاجية يعطى منه مقدارا اعظم
من المقدار المذكور ويكرره في اليوم أكثر من التكرار المتقدم ما نرجاه
بمقدار قليل من الحببة وكيفية ذلك ان يؤخذ

خ { من الزئبق الحلو المجهز بالبخار ٤ قحبات
من مصفوق جذر الحبلة ٢ قحبات
من السكر الأبيض $\frac{1}{4}$ درهم

يعمل ذلك مصفوقاً ويجزأ الى ثمانية اجزاء متساوية في اوراق ويعطى منه
كل ساعتين ورقصقوفا مع قليل من الماء الا ان هذه الطريقة لا توصل الى
الغاية المطلوبة في جميع الاحوال فكثيرا ما يسقر الاسهال والتي مولومع
الحببة القاسية وتكرار استعمال مصفوق الزئبق الحلو وحينئذ لا تصح

المداومة على اعطاء هذا الجوهر الشـديد التأثير ولومع ندرة ما ينتج عنه من
الالتهاب الفـمى الزمنى بسبب استمراره والاسهال اللذين يمنعان
امتصاصه بكمية قليلة جدا كما يظهر فيضطر الطبيب في مثل هذه
الحالة ترك الجوهر الذي تأكدت جودتها بالتجارب ويتجنى لاستعمال
غيرها ولودلت التجارب على انه أقل منفعة مما تقدم وقد يتفق ان تحبب
الطبيب يلجئه لاستعمال جوهر بعد الآخر فيقتل من جوهر الى آخر
تتقلا تجربا لا تعلوبا وليس هنالك أدلة واضحة يستدل بها على تفضيل
استعمال تترات الفضة مثلا او التين او حمض الكلورايديك او صبغة
الجوز المقهى والغالب ان الطبيب يتدنى باستعمال ما ظهر له نجاحه في آخر
مرة علاج فيها مريض غير المريض الذي يدمو الذي تفضله وتأمر باستعماله في
الاحوال ذات التي الغزير والعطش الشديد جدا والاستقرائات البرازية
المائية الغزيرة هو تترات الفضة لكن بمقدار قليل جدا (بان يؤخذ من

تترات الفضة المبلورة $\frac{1}{4}$ قشة }
2 اوقيتين } مامقطر

ويوضع هذا المحلول في زجاجة سوداء ويعطى منه كل نصف ساعة او ساعة مل
ملعقة صغيرة) وكذلك جرعات صغيرة من الماء الجليدي فاذا فقد التي مع
استمرار الاسهال وكان غزيرا فالاجودان يعطى التين ان لم يثر الزئبق المحلول
(بان يؤخذ من التين $\frac{1}{4}$ جرام فيصلى في 3 اواق مامقطر
ويعطى من هذا المحلول مل ملعقة صغيرة كل ساعتين)

واحوال هذا المرض المستطيلة غير الحبيثة يؤمر فيها باستعمال حمض
الكلورايديك في محلول غروي واما استعمال صبغة الجوز المقهى
والكربون وصبغة الحديد فدلالتهم بجهولة واما التزلة المعدية الناشئة
عن تأثير البرد فتستدعى معالجتها السريعة الالتجاء الى الوسايط المعروفة واما
الناشئة عن مؤثرات وبائية غير معروفة فلا يمكن اجراء ما استدعيه المعالجة
السريعة فيها

وأما معالجة المرض نفسه فبغنى الاعتناء الكلى بالتدبير الغذائى مع
تجنب استعمال الاستحضارات الهوائية بكمية فقد دلت التجارب على ان

احتقان الغشاء المخاطي المتزايد عن الحالة الطبيعية المعهودة بازدياد الافراز
المخاطي وغيره من التغيرات القلبية يعود بسرعة الى حالته الطبيعية متى زالت
الاسباب التي احدثت ارتفاع الاحتقان في الغشاء المخاطي احتقا فامرضيا
واجتنبت الاسباب المضرة التي تستبقه وحيث كان من الثابت ان اللفظ
المطعومات يحفظ الاحتقان التزلي في الغشاء المخاطي المعدي وجب على
الطبيب منع المريض المصاب بهذا المرض من الماء كل رأسا فيا مراه بالصوم
زمنه معلوما ولا بد من التمسك بهذا الاحتراز خصوصا في شكل القزلة المعدية
التي تظهر على صورة التلبك المعدي وكثيرا ما يلاقى الطبيب عسرا في تميم
امره هذا فان شأن الامهات ان يعسر عليهن منع الطفل من الاغذية
ولو زمننا قليلا كما ان البالغين المصابين بنزلات معدية يميلون لتعاطي
الماء كولات المغلقة الحريفة وان لم يحسوا بالجوع وكلما بحث الطبيب على
الاحتقان عن الاكل تحصل على النتيجة العظيمة لكن اذا استطالت مدة
المرض وكان مصطبعا بجمرك حمية وخشى من ازدياد النهم وكسبب تعادي
الحركة الحمية وجب عليه أمر المريض بالماء كولات سائلة فانه يقل نفيسها للغشاء
المخاطي المعدي بهذه المثابة وعليه ان لا ينسى في مثل هذه الاحوال ان
العصر المعدي صار قلوبا يسبب اختلاطه بالمواد المخاطية وفقد معظم قوته
الهاضمة ولذا ينبغي منع استعمال الجواهر الغذائية التي تحتاج في عمائلها
لمصارعة معدية حمضية كاللبن والبيض والصوم واعطاء الاغذية القشائية
مادامت العلامات الدالة على تكوّنات حمضية غير طبيعية موجودة
فالتسربة السكادية اى المائية غذاء لطيف للمصابين بنزلات معدية
مستطيلة

ومن العصر جدا على الطبيب اجراء التدبير الغذائي في الاطفال المصابين
بنزلات معدية ناتجة عن فساد عصرا يقاها في الجوهر المحتوية عليها المعدة
او محفوظة بها فان اللبن مع كونه غذاء لطيفا طبيعيا للاطفال يصير في مثل
هذه الحالة مضرا جدا فانه يضرب بسرعة وحينئذ يصير الطبيب في اعطاء
جواهر مغذية غير اللبن واتخاذ جواهر غذائية لا تنفس في المعدة في مثل هذه
الحالة ولا نستحيل الى مواد مضرة اذ من المؤكد ان المطبوخ الغروي من

الشعير والقمح والاروروط اولباب الخبز يفسد بسرعة كسرعة فساد
 اللبن ويستحيل الى متحولات حمضية فعلى الطبيب حينئذ في معالجة مثل
 هذه الحالة منع التجاح ان لا ينسى ان الاطفال لا تمك من الجوع ولو اقطع
 عنهم الغذاء يوماً وبومين واعطى لهم بدله الماء بدون ان يضاف اليه السكر
 كما يفعله غالباً وهذا امر مهم للغاية فينبغي التمسك به ومتى زال القيء والاسهال
 بهذه الطريقة واستعاض الدم المتكاثر بماء مشوه ذوال انحطاط الطفل
 بسرعة بحيث يظهر ان الاطفال الجياع عادت اليهم قواهم وحينئذ يتبدأ
 باعطاء قليل من اللبن المخفف واذالم يتحمل الطفل ذلك وخيف من استطفاء
 الحمية عليه وجب ان يعطى له بعض ملاعق من خلاصة اللحم المجهزة بطريقة
 وضع قطع اللحم الصغيرة في زجاجة مدودة سد المحكم بدون اضافة ماء اليها ثم
 توضع تلك الزجاجة في قدر مملوء بالماء المغلي بجملة ساعات
 واما الوسايط العلاجية المضادة للالتهاب فلا يلجأ اليها في معالجة النزلة
 المعدية في حدوداتها الانادرا والغالب ان يستغنى عن الاستفراغات
 الدموية العامة والموضعية واما التبريد فيمكن استعماله بنجاح في النزلة
 المعدية الشديدة الموضعية بتي او عطش شديدين ولذا اوصى الاطباء
 في احوال الهبضة الافرازية والطفلية باستعمال الماء الجليدي شرباً او
 باستحلاب قطع من الثلج ووضع الكمادات الباردة على البطن وضامتكروا
 بسرعة

وأما استعمال الملح النوشادري في انزلة المعدة فنقول بعدم منفعته هنا أكثر
 مما ذكرنا في النزلة الشعبية ولا يرتكن الى القول بتأثيره المضاد للالتهاب النزلية
 في النزلة المعدية الحادة فعاطيه حينئذ لا يهين الاعلى ثقائل المرض وأما
 استعمال حمض الكربونيك في معالجة النزلة المذكورة فممدوح للغاية
 ويعطى على شكل المساحيق او اللبونات الغازية الفوارة والمياه الحمضية
 الكربونية والعادة ان يحصل عقب تعاطي حمض الكربونيك في المعدة
 تجشؤ بسرعة وبذلك يظهر انه يخرج من المعدة غازات أخرى موجودة فيها
 فيحصل عقب ذلك راحة وقبلة ومع ذلك فلا يقال ان حمض الكربونيك المعتبر
 داتأثير مهم قد لطف الاحتقان المعدى وانه ذو تأثير لا واسطي في الشفاء

المبريع للترلة المعدية

وعكس ذلك يقال في القلاويات الكربونية فان ابصالها بالمعدة يحصل به تناقص في تماسك المواد المخاطية المنقرضة وسهولة في انقذافها ولذا ينبغي الاعتناء باعطائها في الادوار الاخيرة من التربة المعدية بقطع النظر عما تستدعيه المعالجة السببية لهذا المرض في استعمالها كما تقدم ذلك ويظهر زيادة على ذلك ان القلاويات الكربونية تزيد في افراز العصير المعدي كما دلت عليه تجارب كل من المعلم (بلندلو) وفريريكس (التي تأكد منها انه بعد تماطي القلاويات الكربونية يتكون عصير معدى حضى بحيث لا يحصل تعادل القلى فقط بل ان العصير المعدي يكتسب صفة حمضية بمرور الوقت والاجود أن تعطى القلاويات الكربونية في احوال التلبك المعدي على شكل ماء الصودا او على شكل صبغة الراوند المائية

واما المعالجة العرضية فيندرج أن تستدعى وسائط غير السابقة والاعراض التي تلحظنا في الغالب لاستعمال وسائط غير السابقة هي القيء والاسهال عند اشتراك المعى والمعدة في المرض فانهما ان كانا خفيفين لا يحتاجان لاستعمال وسائط مخصوصة وان كانا ثقيلين جدا كما في الهيمزة الافرازية والطفلية ونج عنهما فقد عظيم في مائة الدم وتكاثره صار مهددين للحياة فيستدعيان وسائط علاجية مخصوصة وأكثر هذه الوسائط استعمالا في القيء والاسهال الثقيلين الاقيون لكن لا يعلم يقينا وجه إيقاف الاقيون في القيء والاسهال ولا اعتبارا مضادا لهما فان قيل انه لا يحدث الاثقال حر كات المعى وبذلك يقل عدد الاستقراعات بدون ان يلطف افراز الغشاء المخاطي قلنا هذه المنفعة وهمية والذي يظهر حقيقة ان الاقيون كما يؤثر في حر كات المعى يؤثر ايضا في تناقص افراز الغشاء المخاطي المعوي ويجوز أن يكون هذا ناتجا عن ذلك ولذا اذا لم يؤثر في الهيمزة الافرازية الماء الجليدي الذي ذكرناه ذو تأثير جيد في القيء الشديد وتكررت فيها نوب الاسهال بسرعة شديدة يجب اعطاء الاقيون بمقدار نصف قشة كل مرة امام سحقها او على حالة صبغة سواء كان مجرّدا او منضم الغيرة من الجوهر الممتش والاقيون وان كان ينبغي التوقف في استعماله في الطب العملي للاطفال لاسيما واعطاء هذا الجوهر لا يستدعيه

كل من المعالجة السببية لهذا المرض والمعالجة المؤسسية على طبيعته قد يلجأ
الى استعمال مقادير صغيرة منه في الهبضة الطفلية متى صارت الاستقرائات
شديدة جدا وكلما ازداد الهبوط في الهبضة الافرازية والطفلية وصار النبض
مغسيرا وانخفضت الحرارة وجب ان يعطى مع ذلك وسائط منبهة بان يعطى
للمرضى مقادير من النيسا والايثير والقهوة ونستعمل مع ذلك اللجج الخردلية
من الظاهر

وهناك احوال قد يحصل فيها تراكم كمية عظيمة من المواد المخاطية في المعدة
مدة سير التزلة المعديّة ولومع استعمال القلويات وهذه المواد التي هي
متحصل التزلة المعديّة يمكن ان يكون فسادا سببا لاستقرار هذا المرض
استقرارا مستعصيا او سببا في استئطالة النقاها وتكدر الهضم عقب انتهاء
هذا المرض فحتى انضخ الطيب في ادوار التزلة المعديّة الاخيرة بمركات
التقايي المتعبّة التي تنقذ في ازمنا فزمننا كمية عظيمة من مواد مخاطية
ويفقد الشهية وبطء النقاها ان هناك مواد مخاطية متراكمة في المعدة وجب
عليه اعطاء مقبّي

• (المبحث الثاني في التزلة المعديّة المزمنة) •

(كيفية الظهور والاسباب)

الالتهاب المعدي التزلي المزمن تارة يحصل عقب التزلة المعديّة الحادة متى
استطالت مدتها او تكررت نكساتها وتارة يحصل من ذاته ابتداء واسباب
التزلة المعديّة المزمنة هي غالباً عين اسباب التزلة المعديّة الحادة فمنها ان جميع
المؤثرات المضرة التي تحدث الاخيرة تنشأ عنها الاولى متى استطال تأثيرها
او تكرر خصوصاً استطالة الافراط في المشروبات الروحية فانه السبب
الغالب للتزلة المعديّة المزمنة والكحول يزاد تأثيره المضر كلما كان أكثر
تركزا ولذا ترى الأشخاص الملمعين للسكر يصابون بهذا الداء كثيرا

ومنها ان التزلة المعديّة المزمنة تكون متعلّقة في كثير من الاحوال باحتقانات
احتباسية في اوعية الغشاء المخاطي المعدي والعائق الذي ينشأ عنه احتباس
الدم قد يكون مجلّسه الوريد الباب ولذا ترى جميع امراض الكبد التي ينتج
عنها ضغط الوريد الباب وتقرعانه تعطلب دائما بفترلات معدية مزمنة وقد

يكون مجلس العائق بعيدا عن الكبد وهو الغالب فان جميع امراض القلب والرئتين والبلعور التي تعوق استقراغ دم الاوردة الاجوفية تعوق أيضا انصباب دم الكبد والمعدة معا لذلك في تلك الاوردة ولذا كثيرا ما تشاهد التزلة المعديّة المزمنة في أحوال الانقباض الرئوية وسيرور الرئتين والافات العضوية للصمامات القلبية كما يشاهد سببا نوزا لجلد العام في جميع هذه الاحوال فان هاتين الحالتين تخصلان بكيفية واحدة ومنها ان التزلة المعديّة المزمنة كثيرا ما تصعب السبل الرئوي وغيره من الامراض المزمنة وقد ذكرنا فيما تقدم ان المصابين بالسبل الرئوي كثيرا ما يشكون باعراض التزلة المعديّة لا باعراض مرض الصدر وبل تجوز الى الطبيب في معالجة التزلة المعديّة دون السبل الرئوي ومنها ان التزلة المعديّة تعصب دائما سرطان المعدة وغيره من الاستسحالات المرضية لهذا العضو

• (الصفات التشريحية) •

الغشاء المخاطي للمعدة في التزلة المعديّة المزمنة يشاهد عابا بالذلون أحمر ضارب الى السمرة او سنجابي كما يشاهد ذلك في غيره من الاغشية المخاطية متى كانت مجلسا التزلات مزمنة وهذا اللون ينشأ عن ازرققة من الاوعية الشعرية الصغيرة في جوهر الغشاء المخاطي واستحالة المادة الملونة للدم الى مادة بيجمنتية وبذل الاحتقان الرفيع الذي يشاهد في الغشاء المخاطي المعدي المصاب بالتزلة الحادة يوجد في التزلة المعديّة المزمنة تقرعات وعائية غليظة غالبا بل وتعددت دوالية في بعض الحال ويكون الغشاء المخاطي زيادة على ذلك مقرايدا في السمكة بسبب ضخامته فيصير اكثر متانة وثخناته في الحالة الطبيعية وذا ثبات بارزة متعددة وان لم تكن الالياف العضلية للمعدة منقبضة عقب العودة الرمية وقد يشاهد في بعض اصغاره ارتداعات اسفنجية رخوة ناتجة عن ضخامة تجلية وكثيرا ما تشاهد فيه برورات متعددة منفصلة له عن بعضها بعيان زيب سطحية وهذه الحالة تعرف بالحالة الخلية للغشاء المخاطي المعدي وتتعلق غالبه ايضا بجرئية في هذا الغشاء تتمدد فيها بعض الغدد المعديّة والتسوج الكائن بينها وقد تتعلق هذه الحالة على رأي

(فرير كس) بتجمعات شخصية مستديرة في المذوج الخلوى تحت الغشاء
 المخاطي او بفقر بعض الاجزى المسدودة المتكاثفة وعلى رأى (بود) بامتلاء
 العدد المعدية بأفراخ محتبس والتغيرات التشرىحية المذكورة يكثر وجودها
 وقتئذى في الجزء البوابى من المعدة وما ذالك الا لكثرة وجود الغدد
 المخاطية في هذا الجزء والسطح الباطن من هذا العضو يكون مع ذلك مغطى
 عادة بمخاطية مبيضة سنجابية لجهة متشعبة بجدران المعدة تشبهنا مينا وزيادة
 عن مموكة الغشاء المخاطي وكثافته قد يستحيل كل من المذوج الخلوى
 تحت هذا الغشاء والطبقة العضلية الى مادة شخصية يبلغ سمكها قليلا من
 الخطوط وقد يبلغ نصف قيراط واذا زاد مموكة الجدار المعوية بتعلق بضخامة
 بسيطة فيما تتولد ألياف عضلية تولد اجميدا ويحصل ازدياد في ألياف
 المذوج الخلوى تحت الغشاء المخاطي وبين الالياف العضلية والطبقة
 العضلية النخينة عندئذى تكون على هيئة مادة سنجابية باهتة حمرة رخوة
 كاللحم تمد فيها من الظاهر الى الباطن «واجز خلوية تكسبها هيئة مدرجة
 وقد يكون الجزء البوابى للمعدة جميعه خصوصا البواب نفسه متغيرا بهذا
 الكيفية وقد تكون مموكة جدار المعدة قاصرة على بعض اصقار ومكونة
 لتعقدات بارزة وبسبب مموكة جدار المعدة عقب ضخامتها قد يحصل ضيق
 عظيم في البواب ربما يعقبه تمدد عظيم في المعدة

(الاعراض والسير)

المرضى في التزلة المعدية يشكون غالبا باحساس بضغط وامتلاء منعيب في
 القسم الشراسيني يزداد عقب الاكل لكن بحد وان يرتقى الى درجة الايلام
 الشديدة وقد يظهر الايلام المذكور عقب الاكل وكان القسم المعدى
 شديد الاحساس عند الضغط ترجح أن التزلة المعدية ليست بسيطة بل
 مصاحبة بتغيرات عضوية وثقيلة في المعدة وزيادة عن الاحساس بالامتلاء
 بوجود القسم المعدى ذاتا فتفاخ ناشئ عن امتلاء هذا العضو بالغازات
 وبالطعومات التي تكتفيم ازمناط وبل ان الغازات التي تكتفون في
 المعدة المحاطة بالزلة المعدية المزمنة معظمها ناشئ عن الفساد الذي يعترى
 الطعومات بسبب ان العصير المعدى الذي صار قويا بالقوة على هضمها هضم

طبيعيا وعن تأثير المواد المخاطية فيما احتوت عليه المعدة كغيره غير
طبيعية ومما يساعده على حصول الانحلال غير الطبيعي في التزلة المعدنية الزمنية
كون الطبقة العضلية للمعدة مع ازدياد مجموعها مشاورة في وظيفة اسبب
رتشاحها ارتشاحا او ذيبا ويا فان المعدة متى ضعفت حر كانتا مكنت
لاطعمة فيها زيادة عن مكنتها الاعتيادي فيعتريه اسبب ذلك الفساد
فينسدفع من المعدة زمنا فزمنيا بواسطة التجشؤ غازات ذات تركيب
كتركيب الغازات التي تتكون في التزلة المعدنية الحادة وبهذا التجشؤ
وهو أحد الاعراض الملازمة للتزلة المعدنية المزمنة يصل الى القم زيادة على
الغازات بعض مواد من متحصل المعدة ذات طعم حمضي او زنج نارية تزدد
وتارة تنفذ بالبصق وتكون بعض البذيك والسعتيك الداشي عن استعمال
التشائمات استعمال غير طبيعية يصل في التزلة المزمنة الى درجة عظيمة
جدا بحيث ان السوائل الحضية الحريفة المددفة في المري والمعلوم
بالتجشؤ ينتج عنها في مثل هذه الاحوال احاسان باحتراف يسمى بتجشؤ
الحديد الهيمي

وقد ينضم للاعراض المذكورة في التزلة المعدنية المزمنة في ولكن هذا العرض
ليس ملازما لهذا المرض دائما بل لا يحصل فيه عادة الا نادرا وقد قلنا
مشاهدات الشهير (فرير كس) الذي اوشدنا الى أغلب مائعه في اضطرابات
الهضم على ان المواد الكربونية المائية في أحوال التزلة المعدنية المزمنة
تستحيل احياها الى مادة لزجة خيطية تشبه الضمغ كالمادة التي لا يسدر
نكونها عند تخمر حمض اللبن خارج الجسم وقد لا تكون مواد التي متكونة
الامن مقدار عظيم من هذه الجواهر الخالصة عن الازوت التي تستقرغ
بحركات في عنيفة وتكون على صفة مادة لزجة خيطية وقد يسدفع بالقي
مادة مخاطية حقيقية مع مادة سائلة تفهه وهذا النوع من التي يشاهد
في أحوال التزلة المعدنية المزمنة للسكري ويسمى بقي الصباح وقد اختصر
العلم (فرير كس) المذكو هذه المواد بالذقة فوجد هذات خواص قلوية
في الغالب وذات وزن خاص خفيف ومحتوية دائما على مركبات روديانية
(تنبيه) هذا اللفظ آت من لفظ رودون وهو معدن سمي بهذا الاسم لان

مركباته المحيطة ذات لون أحمر وردي) وأنه ذو أضيف اليها مقدار عظيم من
 لسكول وسب منها مادة مبيضة ندية تحيل النشا بسرعة الى مادة سكرية
 وهذه الخاصة لهذا السائل تدل على انه ليس آتيا من المعدة بل من الغدد
 اللعابية وقد ذكرنا فيما سبق ان تيجيات الغدد واهرامها ينتج عنها ازدياد في
 افراز لعاب في الواضح حيث ذان اللعاب المتزايد الذي يزدرد تدريجيا في أثناء
 الليل في التزلة المعدة للسكاري هو الذي يستفرغ في الصباح ويترك في
 التزلة المعدة البسيطة اى غير المضاعفة ان تنقذ المواد الغذائية المزدردة
 نائيا متغيرة تغيرا محتملا قووة وضعفان حصل ذلك كانت في الغالب محتاجة
 بكمية عظيمة من مواد مخاطية وكانت ذات رائحة كريهة وطعم حريف
 بسبب احتسلاطها بجمض السمنك ومحتوية نارة على تكونات مخصوصة
 ميكروسكوبية تسمى بالمبرسينا المادية وهو اسم لمواد نباتية طعنيية) وهذه
 المواد تكون ذات كمية عظيمة متى وجدت في المعدة وليست الانواع من
 النباتات الالبية اى النباتات المائية والقطر المائي وهي مكونة من خلايا
 قطر ها واحد من اربعمائة او بالاكثر واحدا من مائتين من الخط وذات اسطمة
 منقسمة الى مسافات دقيقة مربعة وكثيرا ما تكون منضمة الى بعضها ودعوى
 ان هذا النبات الطعني هو السبب في فساد ما احتوت عليه المعدة وتحلله
 محلا لا غير طبيعي كما هو شأن المواد النباتية القطرية الضمرية غير صائبة
 لوجودها احيا في المعدة السليمة غير مصهوبة بظواهر انحلالات غير طبيعية
 والاحساس بالجوع يكاد لا يوجد دائما عند المصاب بالقرلة المعدية المزمنة وان
 كان ذا تخافة عظيمة وجسمه محتاجا لتعويض ما نقص منه احتياجا عظيما
 فالمرضى يكاد لا يتعاطى اغذية مطلقا الا بالاحاح عليه ونارة تنفتح شمه
 لا كل الا انه يحس بالشبع مريعا ولو بعد تعاطى يسير من الاغذية ونارة
 يحصل في بعض الاحوال خصوصا المعهوبة بتكوينات حمضية كثيرة
 احساس مؤلم في قسم المعدة وانما لا يتحسن ان الابد تعاطى قليل من
 المطعومات وذا يسمى هذا الاحساس في العادة بالجوع الكلي او المحرق
 والعطش في هذا المرض ما لم يكن معصوبا بجمي لا يكون متزايدا بل متناقضا
 مثل الاحساس بالجوع غالبا

وان امتدت التزلة المعديّة الى تجويف القم غالباً شوهد معها اعراض التزلة
القمية المزمنة فيكون اللسان مغطى بطبقة سميكّة ذات ابعاجات منية جانبية
وطم القم فيها بجفينا ورائحة منتهنة تتناحلتها كثرة وقلة وكل من نظافة
اللسان وقد باقى علامات التزلة القمية المزمنة لا يدل على سلامة المعدة

وقد تمتد التزلة المعديّة في كثير من الاحوال الى المي وحيدة بطراً على الظواهر
السابقة اعراض التزلة المعوية المزمنة وليعلم انه لا ينتج عن كل نزلة معوية
اهمال فان جميعها لا يظهر بازدياد في الانقاراز المائي والمخاطي المعوي بل
العادة ان يوجد راساً المستعصم اما بقوة او بضعف فان حر كان المي
تكون متناقصة جداً في التزلة المعوية كما تتناقص أيضاً حركة المدة في التزلة
المعدية وفساد الجواهر الغذائية التي تمكث حينئذ في المي يستقر
فينشأ عنه انتفاخ طبعلي وقرقر وتور في البطن ويخرج من المريض زمناً
فزمناً غازات تحدث عنده راحة وثيقة ولذا كثيراً ما تنسب المرضى مرضهم
لحالة التجمع الغازي في البطن

وتارة وهو كثير يمتد الالتهاب التزلي الحاصل في الاثني عشرى الى القناة
الصغرى او يفتح حبس الصفراء حينئذ وتغص وتسد كرفيما بعد أن اليرقات
الناجية عن التزلة المعديّة الاثني عشرية اكثر اشكال اليرقان حصولاً

واما ما يخص الحالة العامة للمريض في هذا المرض فهي ان لا يوجد عادة ألم
شديد في الرأس ولا تكسر مؤلم في الاطراف ولا بقية الظواهر العامة
المصاحبة للتزلة المعديّة الحادة بل تصطب التزلة المعديّة المعوية المزمنة
بتغيرات نفسية مع حالة كآبة لا مانع من تسميتها بالايوخنس دارية تتعلق
النبيه الهماخي غير الطبيعي بأحوال غير طبيعية في الاحشاء البطنية اذ لا فرق
بين التغيرات المذكورة التي تصيب التزلة المعديّة المعوية وبين غيرها من
بقية اشكال الايوخنس دارية فان الجسم يكون موضوعاً لافكار مخزنة
في كتلة الحالاتين وقد شاهدت كثيراً في التزلات المعديّة المعوية عند بعض
اشخاص يأسهم وقلّة اعتبار الشخص لمعارفه العقلية وبأساس من
الظواهر الدنيوية وجميع هذه التغيرات زالت بزوال التزلة المذكورة وقد
عالجت من مدسّين رجلاً غنياً مصاباً بتزلة معديّة معوية مزمنة كان يظن

في اثناء مرضه انه كاد يفلس ولا يكمل بناء بيت شرع في بنائه اتوجهه انه
لا قدرة له على ذلك ثم بعد ذلك في حمام (كاراسباد) مدة شهر عاد الى
الاحساس بقواه الاصلية وغناه فأكمل بناء بيته مع غاية الزخرفة ولم ينزل في
صحته زمانا مديلا

ثم ان التغير الذي يعتري التكيس وعوق الامتصاص بسبب الطبقة المخاطية
الترجمة المغطية لسطح المعدة والمعي ينتج عنه اضطراب عظيم في التغذية
فيقتص الشحم وتسترخي العضلات ويصير الجلد قلا ولا يندران قطنه تغيرات
اسكوربوتية كارتخاظم الاسنان وأنزفته منها بل قد تشاهد ارتخاصات
ويقع نزيف تحت الجلد الاطراف لكن يخشى من ارتفاع النفاذة الى درجة
عظيمة جدا فان تقدم النفاذة ربما يظن منه ان النزلة المعديّة المزمنة تكون
عرضية تابعة لمرض آخر كالسرطان الذي يكون محدثا وحافظا لها ومن
المستغرب العسر الايضاح ما يعتري البول في هذا المرض من التغير الكثير
الحصول فان اضطراب القائل وان نتج عنه تغير في صفات منحللات الجسم
كما هو معلوم لا يهمل مطلقا لاحتواء البول على كمية عظيمة من المواد الملونة
السوداء ورسوبات من املاح بولية وظهور كمية عظيمة جدا من فوسفات
الكلس في بول الاشخاص المصابين بنزلات معدية فمنه راجع ذلك في مجت
سوء الهضم

واما سير النزلة المعديّة المزمنة وانتهائها فيقال فيها ان الاعراض السابق
ذكرها كثيرا ما تستقر جلة اسابيع بل أشهر بل سنين مع تفاوت في شدتها
وتعاقبها والاحوال التي يمكن فيها ازالة سبب هذا المرض تنهض غالبا مع
المعالجة اللائقة بالثفا وقد يؤدي هذا المرض لتغيرات عضوية عظيمة في
المعدة سيما الحصول القرحة المزمنة لهذا العضو والحصول التعريف المعدي
اذا كان فالتجاعن احتقان احتبامى ويندر بقطع النظر عن الامراض
التابعية أن يؤدي هذا المرض للموت وقد توجد أحوال فيها تهاك المرضى
عقب النهوكة والاستسقاء والغالب ان يكون هلاك المريض عقب
الامراض التي تضاعف النزلة المعديّة المزمنة او بعض الامراض التي تجت
هي عنها وضخامة اغشية المعدة لا يمكن معرفتها مدة الحياة مادام قطر البواب

لم يحصل فيه ضيق بسببها ومثل ذلك يقال في الضخامة الخلية للغشاء المخاطي
المعدى التي سبق شرحها

واما تضيق البواب الثاني عن ضخامة أغشية المعدة فينتج عنه عسر عظيم
في مرور الاغذية من المعدة الى المعى بحيث ان هذه المضاعفة تزيد في قوة
اسباب فساد ما احتوت عليه المعدة المصابة بالنزلة المعديّة من المواد
المحالة الى الاغذية لا غير طبيعي وبهذه الكيفية يعطل ارتقاء الامراض المنسوبة
الى فساد محتصل المعدة في النزلة المعديّة كحبس غازات ومواد سائلة ذات
طعم كريه وما يسمى بالحديد المحمى ولتحول ذلك ارتقاء شديد جدا بحيث يصير أشد
ايلا للمريض مما يحصل في النزلة المعديّة المزمنة البسيطة وينضم لذلك ان
التي الذي يقع في كثير من أحوال النزلة المعديّة بل في معظمها والذى لا
يحصل الا زمانا فزنا يصير من العلامات اللازمة لتضيق البواب او يحصل
غالبا بانتظام عظيم اى عقب الاكل بساعتين او ثلاث وهذه الظاهرة قد تتغير
في بعض الاحيان متى اعتدى المعدة عدد عظيم جدا بحيث تفعل تراكم كمية
عظيمة من الاغذية وحينئذ لا يندران يرتفع الى مدة يومين او ثلاثة لكنه بعد
هذه الفترة تندفع منه كمية عظيمة جدا دفعة واحدة وعلى هذه الحالة
قد تنتظم أوقات التي تنوع انتظام ثم ان مواد التي في أحوال تضيق البواب
تستعمل غالباً على مواد غذائية متفاوتة الانضمام ملتصقة بمواد مخاطية ذات
رائحة حمضية اورائحة زخخة كريهة جدا وتكون محتوية غالباً على كمية
عظيمة من حمض اللبنيك وحمض السمنك ويكاد يوجد في ادائها ايضا اجزاء
نباتية طفيلية وهي المعروفة بالسريينا حينئذ متى وجد عند المريض تكونات
حمضية عظيمة غير ممكن ازالته اوقى مستكر وجب ان يغلب على الظن وجود
تضيق في البواب ويتأكد التشخيص متى امكن اثبات وجود عدد تابعي في
المعدة ربما يصير عظيما جدا بحيث ان هذا العضو يلائم معظم تجويف البطن
ويعرف هذا التمدد العظيم الحاصل في المعدة احيانا بواسطة البعث بالنظر
على قسم هذا العضو فانه حينئذ يضح على هيئة بر وزساقط الى السرة او الى
اسفل منها وذى تحدد بل الاسفل وقد ذكر الشير (ميرغر) ان المعدة
اذا كانت ساقطة بالكتابة الى اسفل قد لا يراها قدوسم العظيم وحده بل

يشاهد معه جزء متفاوت الامتداد من قوسه الصغير يكون مكثراً اسفل
 مقعر المعدة الذي يكون اكثر انخسافاً وسقو طابرو زامتفاوت الوضوح
 تمتد من غضاريف الاضلاع الكاذبة من احدى الجهتين الى الاخرى
 ومقعر اقل سلا من الاعلى وقد تشاهد احياناً سركات المعدة التوجعية غير
 المنتظمة من خلال الجدر البطينية وعند البعث بالجس يرى الجزء البارز
 ذا مقاومة قليلة شبيهة ببعضهم بمقاومة الوسادة المحشوة هواً وانتفاخ القسم
 الشراسبي يزول او يتناقص متى تقاها المريض كمية عظيمة واذا كانت المعدة
 ممتلئة بكمية عظيمة من المواد الغذائية يكون صوت القرع في امتداد عظيم
 فارغاً واذا كانت محتوية على كثير من الغازات كما هي العادة كان صوت
 القرع في المثل البارز ممتلئاً عظيماً بل طبلياً غالباً واذا غلب المرض
 وضعه تغيراً لحد الفاصل بين صوتي القرع الممتلئ والفرغ وذلك ان المواد
 الغذائية تنحدر الى الاصفار الغائرة ثم ان الاعراض المذكورة وان كانت
 تدل على تضايق في البواب لا يسوغ لنا الحكم بأن هذا التضايق ناتج عن
 مجرد ضخامة في الجدر المعدةية الابعداً كدان المريض ليس مصاباً بغير
 هذا الشكل من التضايقات البوابية التي هي اكثر حصولاً منه
 كالتضايق السرطاني والنسبي لهذا الجزء اى الناتج عقب شفاة قروح
 مزمنة فيه

وانذار التزلة المعدية يتضح عما ذكرناه في سير هذا المرض ومن الامراض
 التابعة له التي تؤدي الى الموت كثير تضايق البواب فان المرضى كثيراً
 ماتوا لهذا المرض ولو بعد زمن طويل عقب ظهور التمزق والاستسقاء

• (المعالجة) •

المعالجة العقلية في الالتهاب المعدى المزمن اعظم نجاحاً منها في غيره من
 الامراض المزمنة

وحيث ذكرنا ان المؤثرات المرضية التي تنتج عنها التزلة المعدية المزمنة هي
 المؤثرات التي تنتج عنها التزلة المعدية الحادة على اختلاف مدة التأثير لم يبق
 علينا الا امر اجمعه ما ذكرناه في المبحث السابق من المعالجة السميكية ولا تزيد
 عليه الاشياء يسيراً فنقول

اما المعالجة السببية لهذا المرض فيندران تستدعي استعمال مقبي اذلا
 فكاد توجد في المعدة اهل الجواهر مضره تعتبر سببا لهذا المرض مستمر التأثير
 والغالب ان يجد الطبيب من هذه الحيشة مخالفة عظيمة من المريض فانه
 يعسر على الطبيب جدا أن يفهمه ان الضغط الذي يحس به في المعدة غير ناتج
 عن جواهر ضاغطة على هذا العضو وان يشهسه أن اعطاء لمقبي لاراحة له
 فيه بل يزيد في مرضه وأقوى ما تستدعيه المعالجة السببية لهذا المرض منع
 استعمال المشروبات الروحية اذا كان ادمان الافراط منها محمدا لهذا
 المرض او حافظه ومن النادر نجاح أمر الطبيب بالكف عن استعمال هذه
 الجواهر لكنه مع ذلك ينبغي له ان لا يترسخ في النهي عنها والمعرضون على
 القناعة في المطعومات والمشروبات الروحية والواصفون للتأثير المضرة
 الناشئة عن الافراط من ذلك وصفاء مزاج بحيث يظهر على رؤس الاشهاد
 ما يحصل من التغيرات في معدة السكرى وان كان لاخرة في تحريرهم ومن
 قبيل الاحياقن تنادى قديمه صالون على بعض نتائج لا تنكر من تكرار
 انصاتهم فانها قد تفر عنه بعض الافراد فلذا وجب على الطبيب كما ذكرنا
 عدم التراخي في النهي عن ذلك ومما تستدعيه المعالجة السببية في النزلة
 المعديّة الناتجة عن تأثير البرد المتكرر وتأثير الاقاليم الباردة الرطبة ايقاظ
 فعل الجلب للتدثر بالملايس الدافئة واستعمال الحمامات الفاترة ونحوها مما
 ماثل هذه الوسائط والتربة المعديّة المزمنة الناتجة عن احتقانات احتباسية
 لا يمكن غالبا ان تمام ما تستدعيه دلالتها العلاجية السببية

واما معالجة المرض نفسه فمن أهم الاء ورقيها التمسك بالتدبير الغذائي ومن
 حيث انه لا يصح ترك المريض بلاغذاء حتى يهلكوا من الجوع مدة سير
 المرض المستطيل يجب انتخاب المطعومات التي ينبغي للمريض تعاطيها مع
 غاية الاحتياص والمداومة على استعمالها مع غاية الضبط وكلما كانت
 الاواصر الطيبة أكثرنا كداسم لتباعها بالضبط خصوصا اذا كان الامر
 بالتدبير الغذائي على صورة المعالجة فان المريض يقدمه مع غاية الاحتراص
 ويث ان تعاطي اللحوم وغيرها من الجواهر الحيوانية يحتاج لقوة فعل
 المعدة ربما ظن انه لا يسهل للمرضى المصابين بنزلات معدية مزمنة الذين فقدت

عصارتهم المعديّة قوتهم الهاضمة الا بالتغذى من الجواهر النباتية لكن قد دلت التجربة على عكس ذلك فان استحالة الجواهر الاولية بالعصير المعدى الى بيتون كما قاله (لين) او الى زلاين كما قاله (ميال) وان كانت تتناقص فى النزلة المعديّة المزمنة لا تنطفي بالكلية فحينئذ اذا اعطيت الجواهر المذكورة وحصل الانتخاب اللائق فيها واعطيت على شكل جيد تحسنت حالة المرضى دون ما اذا امر لهم بتعاطى التشويات بكمية عظيمة ونحوها مما يتولد عنه فى المعدة كمية عظيمة من حمض اللبنيك او حمض الشميك ومن الواضح كما علم مما تقدم انه يجب منع استعمال اللعوم المسخمة والامراق كذلك وانه يجب وضع الاغذية مضغاجيسدا ولا يؤخذ منها الا بجر صغير كل مرة ومن المرضى من يحصل له راحة عظيمة من استعمال الامراق المركزة المكثورة ومنهم من حسنت حالته من استعمال اللعوم الشواء باردة مع قليل من الخبز وهذا التدبير الغذائى الاخير ينبغى الايصاد به خصوصاً للمرضى الذين يوجد عندهم تسكونات حمضية بكثرة بل يمكن ان يوصى فى مثل هذه الحالة المستعصية باستعمال اللعوم المملحة او المجففة بديل اللعوم الشواء الباردة ومن استغرب من الاطباء كون بعض المرضى يسهل عليهم هضم اللعوم على هذه الحالة العسرة الهضم دون ما اذا كانت على شكل آخر نسي ان اللعوم المملحة والمجففة وان كانت أكثر عسراً فى الهضم من غير هانفى مفضلته على اللعوم الحديثة الطرية لسهولة فساد هذه دون تلك

واما التغذية بالالبان الصرفة اى المعالجة باللبن من المرضى من يحصل له منها راحة عظيمة ومنهم من لا يتحملها وليس يمكن على الدوام ان يعرف الطبيب ذلك ويحكم به قبل التجربة ومن المرضى وهم كثير من يصحل اللبن المتعقد ويحصل له منه منفعة عظيمة دون اللبن الحليب فيشاهد باستعمالهم اياه تحسناً عظيم جداً والظاهر ان عدم قهمل اللبن الحليب ناتج من كونه يتعقد فى المعدة على هيئة تعقدات عظيمة جامدة واما اللبن المتعقد اى الذى انعقدت المادة الجينية فيه وتجزأ الى جزئيات صغيرة فيسهل تحمله من هذه الحثية

ثم ان وسائل التدبير الغذائى لا تكفى فى معالجة النزلة المعديّة المزمنة وان

كانت تكتفي غالباً في التزلة المعديّة الحادة والصناعة وسائط علاجية المعالجة
 المرض الذي نحن بصدد معالجتها وهو أهمها القلويات الكربونية
 وقد اوصينا فيما مضى باستعمال مقدار صغير من ثاني كربونات الصودا مع صبغة
 الراوند في التزلات المعديّة الحادة المستعجلة المدة ونوصي أيضاً باستعمالها
 في أحوال التزلة المعديّة المزمنة المستعصية وأهمها في التعاطي ماء الصودا
 أو المياه الصوديّة الحضيّة الطبيعيّة كما آمن وسلترس وبلين وكذا المياه
 الطبيعيّة التي تحتوي زيادة عن كربونات الصودا على كثير من القلويات
 الكبريتيّة واجود من جميع ذلك نجاها المعالجة بالمياه الطبيعيّة في حمامات
 كرلوس باد أو ماريه باد وأمس ولذا مدحها مشاهير أطباء وبيننا وبراج
 كثيراً في معالجة التزلات المعديّة المزمنة بل والقروح المزمنة للععدة ولا يخفى
 أن هذا المدح صادر عن أطباء لا يبالغون في قوة الوسائط العلاجية على العموم
 وزيادة على ذلك أن الأحوال العديدة التي شفي فيها البرقان المستعصية
 بالمعالجة بمياه تلك الينابيع كادت تكون عموماً أحوالاً فيها البرقان ناشئ عن
 نزلات معدية اثني عشرية ولا ينبغي التواني في استعمال هذه المعالجة حتى
 ينتج عن التزلة المعديّة الاثني عشرية برقان واضح كما لا ينبغي اعتقاد أن
 المعالجة تقل غزتها إذا لم توجد المضاعفة المذكورة فحق سمحت حالة المريض
 أن يتوجه إلى حمام من الحمامات المذكورة وجب إجراء المعالجة نفسه فإن
 المريض في هاتيك الأماكن كن قسراً إلى القسك بالتمديد الغدائي الصحي مع
 الدقة لشهرة أن التباع عن التدبير الصحي في مثل هذه الحمامات ذو نتائج
 خطيرة جداً بل المرضى بعد رجوعهم إلى بلادهم يخافون من عدم اتباع وصايا
 التدبير الغذائي اتباعاً كلياً فاتهم يعتقدون أن التباع عن التدبير الصحي
 يعقبه ضرر عظيم وأما إذا اقتضى الحال استعمال هذه المياه المعديّة في محل
 المريض فإنه يجب على الطبيب أن يأمره بما يدون أن يعين الينابيع التي
 تأتي منه فإن ينابيع حمام كرلوس باد المختلفة لا تتفاوت بينها إلا بدرجة
 حرارتها ومن المتيسر تسخينها إلى الدرجة اللازمة والمياه المستعملة بكثرة
 في الحمام المذكور لمعالجة التزلات المعديّة المزمنة مياه الينابيع القليلة
 الحرارة وأحوال التزلات المعديّة التي ليست فيها تلك التزلة مصحوبة بأمساك

مستعص بكفى فيها استعمال ماء الصودا بشرط أن يكون استعماله على طريقة علاجية منتظمة بمعنى أن المريض يلزم التدبير الغذائى الذى يلزمه فى حمام كارلوس باد وأن يكون استعماله صباحا على الريق وأن يكون المريض قلل اكله فى المساء المتقدم على صبيحة يوم استعماله وأن لا يعطى الاكل بعد استعماله الا بعد شرب الكوب الاخير من هذا الماء بقدر ساعة لاجل عدم اختلاطه بالاغذية وتأثيره حال كونه غير مخفف على الغشاء المخاطى المعدى والمواد المخاطية المغطيه له وهذه الطريقة من اعظم الطرق التى تفصلت عليها صناعة الطب لمجاجة

ومن الممدوح فى معالجة التزلة المعدية المزمنة تحت تترات البروت وفترات الفضة فان كلامنا هذين المدين المعديين خصوصا الاخير منهما ذو تأثير جيد جدا فى سير هذا المرض وذلك لانهم ما وقفان حركة الانحلال والفساد الحاصل فى المعدة ويحدثان انتباضا قويا فى الغشاء المخاطى المعدى المحقق المسترخى وكثيرا ما يستعملان بمقادير عظمى فى الاكلينك فيعطى من تحت تترات البروت عشر قمحات كل مرة ومن تترات الفضة كل مرة من قحمة الى ثنتين واعطاؤهما ما يكون بكيفية مشابهة لكيفية اعطاء القساويات الكربونية اعنى انهما يعطيان فى الصباح على الريق قبل القطور واغلب المرضى يتحمل اعطاء هذا المقدار تحملا جيدا فلا يحصل عندهم ألم شديد ولا تموع ولا قيء ويندران يحصل من تعاطيها احيا نا امال الا ان نجاحهما ليس دائما فانه حصل منهما فى احوال نجاح عظيم بسرعة وفى ائخرى لم يحصل وان لم يعلم لذلك سبب ولاعله تميز هذه الاحوال عن بعضها

وقد يحصل فى مدة سير التزلة المعدية المزمنة ضعفه لا يمكن الاستمرار على تعاطى الاغذية غير المنبهة بل من المرضى من يتحمل الاغذية المتبيلة تبتيلا خفيفا بالاغذية والمملحة اكثر من غيرها وهذه الحالة الضعيفة للغشاء المخاطى المعدى متى طرأت وجب على الطبيب ان يعطى للمريض الاستحضارات الحديدية والوسائط المنبهة الخفيفة والمياه المعدنية الحديدية هنا كما فرانس برون وبيرمون ودوبريغ وكدوا ناجحة الاستعمال وامهل تحملا من المياه القلوية كحماء كارلوس باد ومارية باد والواسطة المنبهة للغشاء المخاطى

المعدى الجيدة الاستعمال في مثل هذه الحالة هي عرق الذهب الذي اوصى
 باستعماله (بود) على شكل حبوب مأخوذة من مسحوق عرق الذهب من نصف
 قنعة الى قنعة ومن ثلاث قنعات الى اربع من الراوند فيعطى من هذه الحبوب
 المقدار اللازم قبل الاكل ومن المستعمل بنجاح في مثل هذه الحالة ايضا
 صبغة الراوند التيدية والا كسير المعدى للشهير (هوتن) والزنجبيل وقصب
 الثريرة لكن ينبغي تجنب الافراط من استعمال هذه الجواهر واستعمالها في
 أحوال غير لا تقه بها او بمقدار عظيم

واما المعالجة العرضية لهذا المرض فيندرج فيها الالتجاء الى استعمال ارسال
 العلق او الهاجم التشرطية على قسم المعدة ولا تستعمل الا اذا كان القسم
 الشراسيفي ذاتا لم عظيم وهو نادرا فان الا لأم تتناقص عقب الاستقرارات
 الدموية تناقصا عظيما وان كان توجيه تاثيرها عسر او الحالة التي تسكون فيها
 القزلة المعدية المعوية ظاهرة من ظواهر الامتلاء الدموي البطي العظيم
 الناتج عن ضغط على الوريد الباب او عن عوق استفراغ دم الكبد يحصل
 للمريض فيها راحة واضحة جدام استفراغ الدم من التقيصات الوعائية
 البواسية بواسطة ارسال العلق على دائرة الشرج وأما استعمال المسكنات
 الذي هو ضروري جديا في معالجة القروح المعدية فمن النادر الالتجاء اليه
 في معالجة القزلة المعدية المزمنة البسيطة والحالة التي فيها تستدعي المعالجة
 العرضية استعمال المقيئات في القزلة المعدية المزمنة هي بعينها حالة القزلة
 المعدية الحادة التي تستدعي فيها معالجتها العرضية استعمال تلك المقيئات
 الا انه ينبغي هنا زيادة الاحتراع حيث لا يتيسر تحقيق كون الغشاء المخاطي
 حصل فيه تقرح اولوا الامساك الذي يكاد لا يفقد يستدعي استعمال الحقن
 المليئة والمسهلات الحقيقية واكثر الوسايط استعمالها مقاومة الامساك
 المصاحب للقزلة المعدية المزمنة الراوند والصبر او خلاصة الحنظل فيما اذا كان
 الامساك مستعصيا جدا والاحسن ان تخلط هذه الجواهر بعضها فان
 خلاصة الراوند المركبة المستعملة بكثرة في مثل هذه الحالة هي كبسة من الصبر
 والراوند وصابون الجلبة واختار المعلم (بود) استعمال الصبر والحنظل فانهما
 يؤثران في المعى الغليظ ولا يهيجان المعدة الا قليلا فهما الجود المسهلان في

القرلة المعدية المزمنة واما السخا المكى وزيت الخروع فيعذر من استعمالهما في هذا المرض

ثم ان معالجة القدر المعدى تقدمت في هذا العصر تقدم اعظيما جدا فانه قد استحصل في بعض الاحوال على نجاح عظيم بواسطة تنويع معالجة الطبيب شروت وهي عبارة عن تقليل تعاطى كل من المياه والاعذية السائلة بقدر تحمل المرضى كما انه استحصل في كثير من الاحوال على تحسين عظيم بل وشفاء تام بواسطة استقراغ المعدة بالطلومية المعدية للمعلم (ويمان) ثم غسل تلك المعدة بعد استقراغها بماء الصودا ومحلولات قلوية او قلوية كلوروية حمضية وباتت اشارة الطريقة العلاجية في الطب العمل قد استحق المعلم (قوسمبول) المدح الزائد والعادة ان يحصل للمرضى من أول مرة استعملت فيها الطلومية المعدية راحة عظيمة جدا بحيث لا تاتي تسكر اربعة العملية التي هي غير ما لوفة في حديثها بل يرغبون فيها رغبة عظيمة ومتى زال الفزع الابتدائي صار ادخال الجنس المروي الذي يكاد يفزع منه كل مريض في أول مرة قليل الالم سهل الاجراء بل قد يتعلمون ادخال هذا الجنس في المعدة بأنفسهم وقد شاهدت جملة احوال فيها لم تنتظر المرضى حضورنا في الاكلينك بل كانوا يسدبون المساعدين مع ترجمهم لهم في استقراغ المعدة بواسطة الطلومية وغسلها كما تقدم ومن جملة الاحوال التي شاهدتها حالة فيها لم تمر جميع الوسائط العلاجية بحيث ان المريض قد وصل فيها الى أشد درجة في النفاقة وتعدرت عليه اشغاله مطلقا فبعد معالجته بواسطة الطلومية المعدية زاد وزن جسمه ثلاثين رطلا وحصل له شفاء تام وعاد لاشغاله وزالت بالكلية من هذا المريض السمينا (اي التولدات النباتية الطفيلية) التي كانت موجودة في مواد قيئه بكمية عظيمة ومن المستغرب ان المعدة صارت تدفع معظم مضمحلها في الاثني عشرى به بدفعات قليلة من استعمال هذه الطلومية وهذا الامر سهل الاثبت بزوال الامساك المستعصى الذي يكاد يوجد دائما عند المرضى وحصول نبرز اعتيادي عندهم وازدياد افراز البول الذي كان متناقصا تناقصا عظيما وهذه المشاهدات الاخيرة يستدل منها بدون شك على ان السائل المحتوية عليه المعدة المتعددة تعدد اعظيما لا يمتص منه الا قليل جدا

ثم ان الشفاء التام للتعددات المعدية التي كان يظهر الياس من شفاها يمكن
ان يوقعنا في القول بان هذا المرض كثير اما يكون قائما بنفسه مكموتا للمرض
على حدته اكثر مما يقال عادة ومع ذلك فكان موجودا في كل من الاحوال
التي شاعرت بها والتي شاهدها المعلم (قوسمبول) علامات واضحة جدا تدل على
حصول قروح معدية سابقة بحيث لا يشك في ان تعدد المعدة يكون متعلقا
بتضايق يندب في البواب وكذلك اشاهد المعلم المذكور احوالامن تضايق
البواب تضايقا سرطانيا حصل فيها تحسين زائد وان لم يحصل فيها شفاء تام
ولا يشاهد انسداد البواب انسدادا تاما فانه في الاحوال التي فيها يكاد ينهمى
الحال بعدم وصول شئ مما احتوت عليه المعدة الى الاثنى عشرى وفيها اعتري
المرضى امساك مستعص مستقر حله اساسي واستقرغت كمية عظيمة من
سائل حمضي محتلط احيا بالدم كل يومين او ثلاثة يوجد قطر البواب متسعا
اتساعا كافيا بحيث يستغرب عدم وصول شئ مما احتوت عليه المعدة ولو
السوائل الى الاثنى عشرى مدة الحياة ويستنتج من مثل هذه الملاحظات
التشرى بحجة ان ضعف انقباض الطبقة العضلية له عدة دخل عظيم في
احتباس منجسها عند تعددها والضغط الواقع على السطح الباطن من
المعدة المتعددة والممتلئة يكون عظيما جدا بحيث ان فعل الطبقة العضلية
يكون متزايدا تزايدا عظيما فضلا عن كون التعدد المستقر للطبقة المذكورة
يحدث شللا مستقرا عضليا فيها كما يحدثه في باقي العضلات ايضا وان التربة
المعدية المزمنة التي تكاد تعترى جميع المرضى ينتج عنها ايضا في كثير من
الاحوال تغير مرضي في الطبقة العضلية من المعدة وسواء كان زوال الضغط
الواقع على جدار المعدة او تحسين حالتها التزلية وتقوية الطبقة العضلية
المترتبة على ذلك والذي ينسب اليه حسن نتيجة المعالجة بالطبوبة المعدية فمن
الثابت المعلوم ان استعمال استقراغ المعدة بالطبوبة مما قليل من الايام
او الاساييس لا يحتاج له بكثرة والعارض الوحيد المخزع الذي شاهده في مدة
عند استعمال الطبوبة المذكورة هو خروج قطعة من جدار المعدة في قوذه
الجس عند المص ولاجل صون المريض عن هذا العارض ينبغي عند عشر
حركة مكبس الطبوبة ترك قلب لا ودفع كمية من الماء او الهواء في المعدة قبل

استقراغ المعدة بالكلية

* (المبحث الثالث) *

(في التهاب المعدة ذى الغشاء الكاذب والدفترى)

يندر مشاهدة هذا الالتهاب في الغشاء المخاطي المعدى ان لم تؤثر فيه جواهر ضمنية كما ساقى في المبحث الخامس وقدير تقي الالتهاب المعدى التزلى عند الرضع الى الالتهاب ذى الغشاء الكاذب وقدير يكون الغشاء الكاذب أو الدفترى الحاصل في المعدة من جلة الالتهابات التابعة التي تشاهد في بعض الامراض التسببية الحادة سيما التيفوس والتسمم العنق للدم والجذري ويندر أن تشغل الأغشية الكاذبة امتدادا عظيما من الغشاء المخاطي المعدى والغالب وجودها في اصفار صغيرة محدودة كما ان الحشك ريشات الدفترية لا تشغل في الغالب الا اصفار محدودة ويختلف سقوطها فقد جهر ذى قاعدة تجلية متغيرة اللون

وهذا المرض لا يمكن معرفته مدة الحياة الا اذا خرجت اغشية كاذبة بالقيء فان الاعراض التي تحصل عنه لا يتيسر بيان علمها مدة الحياة بدقة كما ان الصورة المرضية الثقيلة للتيفوس والتسمم العنق للدم ونحو ذلك لا تقتنع الا قليلا جدا بهذا المرض عند طرؤه بحيث يتعذر تشخيصه

* (المبحث الرابع) *

(في التهاب المنسوجات الخلوى تحت الغشاء المخاطي)

المعدى المعروف بالالتهاب المعدى القلغمونى

الالتهاب المعدى القلغمونى الذى شبهه الشهير روسكىمانسكى بالحرة القلغمونية ظاهرة نادرة وتارة يحصل ذاتيا يعنى بدون اسباب مدركة عند اشخاص سليمين من قبل وتارة يحصل تابعا او اتقاليا عند المصابين بالتيفوس او بالتسمم العنق للدم او ما عا ثلها من التغيرات المرضية

و يوجد المنسوجات الخلوى تحت الغشاء المخاطي المعدى مر تشعبا القبيح المتجمع في حالاته المتعددة ويندر مشاهده خراجات محدودة في المنسوجات الخلوى تحت الغشاء المذكور والغشاء المخاطي المتعري يوجد مستترا او ذاتقوب عليه فيخرج منها القبيح كخروجهم من المصفاة ويمتد الالتهاب

هنا بسرعة الى الطبقة العضلية والبريتون وعند حصول الشقاق من هذا المرض قد تتسكون في حالات التسويج انطواى نذب التعامية تكون سببا احدا نا لحصول تضايقات كما يثبت ذلك اذ استحضارات التفسير بحجة المرضية المحقولة في قاعات الجسم وعات التفسير بحجة بمدينة ارنجن

والاعراض الرئيسة لهذا المرض هي الالم الشديد الحاصل في القسم الشراسيفي والتي والضمير العظيم والحي الشديدة وينضم لهذه الاعراض فيما بعد مظهر الالتهاب البريتوني فتتخط قوى المريض ويملك في يسير من الايام ومن مجموع هذه الاعراض ووجود الصديد في مواد التي يتيسر الوقوف على تشخيص هذا المرض في أحوال نادرة فيها يتيسر للطبيب ان يتأكد من عدم وجود غير هذا الشكل من أشكال الالتهاب المعدي خصوصا شكل الالتهاب الناشئ عن التسمم والمعالجة هنا لا تكون الاعرضية

(المبحث الخامس)

(في الالتهاب الذي يعتري الغشاء المخاطي المعدي عتب تأثير الجواهر الكاوية والسمية وفي التغيرات الابعة له)

(كيفية الظهور والاسباب)

التغيرات التي تعتري المعدة من تأثير الحوامض المركزة والقلويات الكاوية او بعض الاملاح المعدنية تتشأن كون هذه الجواهر اتحدت بجزئيات جدر المعدة الاتحادات كيمائية يعقبها فساد عضوي في جدر المعدة وأما التغيرات التي تتشأن تأثير السموم النباتية والحيوانية في الغشاء المخاطي المعدي فلا تتسبب الاتحادات كيمائية والغالب ان يكون دخول الاملاح السامة او حمض الكبريتيك او السموم النباتية في المعدة لاعن قصد واما الزرنيخ وميافورال بوتاسيوم فالعادة ان يكون دخولهم افيهم عن قصد التسمم

(الصفات التشريحية)

اذا أثرت الحوامض المعدنية في الغشاء المخاطي وكانت قليلة التركيز وجدت الطبقة لبشرية والطبقات السطحية في الغشاء المخاطي مستحيلة الى خشكر يشترخوة سمراء او ودا واذ وصل الى المعدة مقدار عظيم من هذا

الحواض وهي كثيرة التركز استحوالت طبقات الغشاء المخاطي جميعها الى مادة رخوة مسودة يبلغ سمكها بجملة خطوط بسبب تشر به السائل ما في مدم والطبقة العضلية توجد رخوة او هلامية سهلة التمزق وينسدر أن تتلاشى بالكلية هي والطبقة الهلامية فتنتقب المعدة والعادة ان تكون التغيرات المذكورة قاصرة على ثنيات الغشاء المخاطي الممتدة من القواد الى البواب واما الاجزاء المحيطة بهذه الثنيات فتكون ذات اجرار بسبب احتقانها وانسكاب الدم فيها وانتفاخها بسبب ارتشاحها ارتشاحا وديماويا والدم المحتوية عليه اوعية جذر المعدة ودم الاوعية الغليظة المجاورة لها يوجد مستجيلا الى مادة مسودة شبيهة بالقطران والشفاء لا يحصل الا في الاحوال الخفيفة عقب انفصال الاجزاء الفاسدة وتعويض فقد الجوهر بنسوج ندبي متيسر

واما الجواهر القلوية الكاوية فتصبل الطبقة البشرية والطبقات السطحية من الغشاء المخاطي بل والطبقات الغائرة الى مادة عجينية ونخضة اللون والفساد هنا يعتد الى الطبقة العضلية والمصلية أكثر من امتداده اليها عقب تأثير الحوامض فيكثر حصول التنقب ولا يحصل الشفاء في مثل هذه الحالة الا اذا كان الفساد سطحيا عقب انفصال المواد الخسرية

واما السليمانى الاكال واملاح الحامض والاملاح المعدنية فتكون عقب تأثيرها خشكاً كريشاً مسمره او مسودة مخاطية باحتقان شديد وانتفاخ او ذيماوى فى الغشاء المخاطي والقوة قد يحدث ايضا تغيرات شبيهة بذلك

واذا حصل الالتهاب المعدي عقب التسمم بالزرنج وجدأ احد اصفار الغشاء المخاطي المعدي او جملة منه امتنقحة حمرة رخوة عجينية ومستجيبة الى خشك ريشة مصفورة ومخضرة مائلة للسمره وعليها مادة دقيقة بيضاء ويمتد في محل الخسك ريشات ثنيات حمرة فى الغشاء المخاطي كثيرا ما تكون بحدود المعدة التي بينها سليمة

واما الزبوت الطيارة والسموم النباتية او الحيوانية الحريفة فيشاهد عقب تأثيرها في المعدة آثار الالتهاب المعدي التزلى الشديد او ذى الغشاء الكاذب

(الاعراض والسير)

الالتهاب المعدي التسمي يتصف بكون الاعراض الموضوعية فيه ينضم لها بسرعة الشحطاط عام خصوصا في الدورة فيحصل فيها اضطراب ونحود ولولم تكن السجوم التي أدخلت في المعدة ذات تأثير مثل الاواسطى على المجموع العصبي وظواهر الشلل المد كورة تشاهد أيضا في غير الالتهاب المعدي التسمي من الامراض الثقيلة الحاصلة في المعدة او غيرها من أعضاء البطن لاسيما في أحوال تنقب المعدة عقب وجود تقرحات

ففي أصيب شخص سليم من قبل بالآلام شديدة جدا وانتشر من التسم الشراسبي الى البطن وانضم لذلك في مخرجت بواسطته مواد مخاطية فقط او مخاطية مدممة وامهال مسجوق بخص وزحير شليدين وخروج بواسطته أيضا مواد مخاطية مدممة شبيهة بمواد التي وقع المريض مع ذلك في حالة الشحطاط متغير السحنة وكانت أطرافه باردة وبضه صغيرا وجلده مغلي يعرق بارد لزج غلب على الظن جدا أن المريض أتر على غشائه المخاطي المعدي جواهر كاوية او غيرها من السجوم ومق ادخل في المعدة حوامض مركزة او قلوبات كاوية توجد على الدوام خشكر مشات واصفة حول القم والغشاء المخاطي لهذا التعريف تفسد بعض اصفاره أيضا ويوجد مع ذلك آلام شديدة في القم والبلعوم والازدراد يكون عصر اجدا او متعذرا ولا يوجد عقب تعاطي الاملاح المعدنية او الزرنج علامات الاحتراق في القم والبلعوم متى كانت الجواهر المد كورة أخيرا مخففة كما لا توجد علامات الالتهاب المعدي بدون واسطة عقب تعاطيها بل بعد التعاطي بزمان يسير وظواهر التي تشاهد في الاعضاء المختلفة خصوصا بالبحث عن المواد المستقرغة تعرف طبيعة السم المتعاطي والاشكال الثقيلة لهذا المرض فيحصل فيها حركات تقي أو تموجات الا ان المعدة المشالولة لا يكون لها قوة على دفع ما احتوت عليه وينتشر على جميع سطح الجلد بودة جلدية ثم يصير الشلل عاما واربعا هلك به المريض بعد بيسير من الساعات وأما الاحوال الخفيفة لهذا المرض فالمرت فيها الا يطرأ الا بعد زمن متفاوت بل قد تزول اعراض الشلل شيئا فشيئا

إذا اقتضت كمية من السم بواسطة التي فتتظلم الدورة ثانية ومع ذلك
تستطيل النقاة عادة بل قد يبق مع المريض طول حياته ثم وكه بسبب بقاء
التضيق في المري والمعدة ويسبب آلام الذي أحدثه تأثير السم في البنية
• (المعالجة) •

لا ينبغي استعمال مضادات السموم المتفق عليها في علم السموم إلا في الأحوال
الحديثة للتسمم بالخواص المركزة أو التلويث الكاوية أو الاملاح المعدنية
أعني عقب ادخالها ساعة أو أكثر فإن المضادات المذكورة لا تؤثر تأثيرا جيدا
بعد ذلك إذاف الجواهر المذكورة مع التي أو تمكويها التصادات الكيميائية
مع الغشاء المخاطي المعدى بل تؤثر حينئذ تأثيرا ضاراجدا بسبب تهيجها
للغشاء المخاطي المعدى المتهب تهيجا جديدا وأما أحوال التسمم بالزرنج
أو بالسموم النباتية أو الحيوانية الحريفة فينبغي استعمال مضادات التسمم
فيها ولو بعد تعاطي الجواهر السمية المذكورة بزمان طويل فإن تأثيرها يستقر
زمن أطول ولا بالأحوال التي فيها بقعة التي بالكلية أو يكون غير كاف في تذف
السم من المعدة يجب فيها إعطاء مقي من عرق الذهب وخصوصا استعمال
الطليبة المعدنية فإنها أداة أكيدة سريعة في استخراج تلك المواد السمية من
المعدة وزيادة عن القسك بالطرق المذكورة التي تستعمل في المعالجة السببية
تستدعي المعالجة المؤسدة على طبيعة المرض نفسه استعمال البرودة وأما
الاستقراغات الدموية فقليلة المنفعة أو معدومة ثم فيغلى البطن برفا ثم يبتلع
بالماء البارد أو الجليدي وتغير بسرعة ويعطى للمريض من الباطن الماء
الجليدي أو يؤمر بإزداد قطع صغيرة من الجليد أن يسر ذلك وأما بقية
المعالجة فتراجع في كتب علم السموم

• (المبحث السادس) •

(في القرحة المعدية المزمنة المعروفة بالمتديرة وبالثاقبة)

• (كيفية الظهور والأسباب) •

يغلب على الظن أن القرحة المعدية الثاقبة تنشأ دائما بكيفية حادة وكذا
امتداد هذه القرحة عرضا وعمقا يظهر أيضا أنه متعلق بتغير مرضي ذي سبب
حاد في دائرتها وقاعدتها ومع ذلك حيث أن هذه القرحة تحدث عند المريض

المصاب بها مكابدات عظيمة كثيرا ما تستمر به من السنين فمن الجائز الاستمرار
على تسميتها بالقرحة المعدية المزمنة ثم ان الحد الواضح لتلك القرحة المستديرة
وفقد ظواهر الانتهاب والتقيح في دائرتها والملاحظة الاواسطية لبعض
الاحوال الحديثة وكذا الاستنتاجات الواضحة لعدة من التجارب على
الحيوانات تثبت انما مع التاكيد ان تهاك جدار المعدة لا يكون ناشئا عن فساد
تدريجي وتقيح بل عن تكون خشك ريشة وتنكسر جزئيا وان هذا التنكسر
الجزئي في معظم الاحوال بل في جميعها متعلق بانسداد أحد القروح الوعائية
الغذوية وهذا التنكسر الناشئ عن امتناع ورود عناصر التغذية في جزء
محدد ومن جدار المعدة يشابه ولا بد للين التنكسري في الدماغ على شكل
بورة والسدد الرئوية والغنغرينا الذاتية للاصابع التي تنشأ عن انسداد في
الوعية والتجارب التي فعلت على الحيوانات التي أثمرت نالها كان فيها انسداد
أوعية المعدة خاصة بالسد صناعية ونشأ القروح المعدية المستديرة في
الإنسان بهذه الكيفية تادور ومع ذلك فتوجد بعض أحوال يثبت فيها ذلك
مع التاكيد بل قد شاهدت في السنين الأخيرة حالة واضحة من هذا القبيل
والغالب ان تكون التعقدات الدموية السادة في الحمل المتقرح نفسه
وكونها يظهرانه متعلق بحالة مرضية في جدار الوعية فالعصر المعدى
يحدث في الجزء الميت من جدار المعدة الذي لا يقاوم تأثيره ليناسريعا ولا يشا
تاما بحيث تندره مشاهدة الدور الاول من هذا التغير في الصفات التشريحية
والاستعداد للاصابة بالقرحة المذكورة كثيرا لاقتشار جدا والتقاويم
العديدة للمعلم بالكس وغيره من الأطباء ذات على كثرة حمول القرحة
المعدية الناقبة في اطوار السر المختلفة والاجناس المختلفة أيضا بل والعائش
المتخلفة وذلك ان المعلم المذكور باطلاعه على الصفات التشريحية في
عد ٢٢٣٠ وجد ٥٧ شخصا صابن بالقرحة المعدية المستديرة و ٥٦
شخصا ندم نذب التهامية أعقب ثغاف هذه القروح بحيث ان كل عشرين
جثة يوجد فيها جثة مصابة بقرحة معدية أو بنذبة ناشئة عن ذلك وكذلك
مشاهدات المعلم ولنجان وبرتون وغيرهما استنتج منها ما يطابق ذلك
ويندره مشاهدة القرحة المعدية المستديرة عند الاطفال ويكثر حصولها جدا

في سن البلوغ والتساق كثر مصابا بها من الرجال وأظن أن كلامنا الانبياء
والخاور وذو النى هو من النتائج الكثيرة للاضطرابات التناسلية لمدخل عظيم
في حصول هذه القرحة وذلك ان الدم ذا الصفة غير الطبيعية يهيا لحصول تغير
مرضى في جسد الاوعية ويظهر في أحوال أخرى ان الالتهابات النزلية
الحادة والمزمنة للغشاء المخاطي المعدي تحدث تغيرا مرضيا في جدران الاوعية
وحصول السدد فيها

والاسباب المتعمدة لهذا المرض خفية علينا ويقال ان منها التباعد عن التدبير
الصحي وتعاطي الأطعمة والمشروبات الحارة والباردة جدا والادمان من
تعاطي المشروبات الروحية وانما يستغرب كثرة حصول التزلات المعدية
المزمنة عند السكران وقلة مشاهدة القرحة المعدية المستديرة فيهم
(الصفات التشريحية)

القرحة المعدية المزمنة تعترى المعدة والجزء العلوى المستعرض من الاثني
عشرى دون غيرهما من اجزاء القناة المعوية والغالب ان تعترى الجزء البوابى
من المعدة ووجودها في الجدار الخلقى أكثر منه في الجدار المقدم والغالب
ان توجد في القوس الصغير او قريناته ويندر جدا وجودها في قاع المعدة
والغالب ان لا يوجد الا قرحة واحدة وقد يوجد اثنتان أو أكثر ولا يتبدل
وجود قرحة جديدة يجوارى قروح ملتحمة ويوجد في حالة هذا المرض
الواضحة كما قاله الشهير روكيتانسكى في الطبقة المصلية من المعدة ثقب
مستدير ذو حواف حادة كأنه مقطوع بغاية الاستطام بثقب حلقى يشاهد
بالنظر في باطنه ان فقد الجوهري الطبقة المخاطية أكثر اعمامه في الطبقة
المصلية بحيث ان القرحة تكون ذات تدرج على هيئة قمع وقطر القرحة
يكون عادة من ربع قيراط الى نصف قيراط وقد يصل قطرها الى قطر الريال
او راحة اليد

وشكل هذه القرحة المزمنة يكون في الابتداء مستديرا غالبا ويعلمكته
زمن طويلا يصير يضاويا او تحصل فيه تشرزات فيصير غير منتظم وأغلب
امتداده يكون عرضيا بحيث تصير المعدة احيا ناعمة بقرحة على هيئة
منطقة

والقرحة المديدة في كثير من الاحوال تشفى قبل ان يحصل تقب في جميع
اغشية المعدة فان كان فقد الجوهر فاعصر اعلى الغشاء المخاطي المعدى
والمنسوج الخلوى تحته حصل التعويض بواسطة ازرار الجية تستعمل فيما
بعد الى منسوج ندي سهل الانكماش به تقارب حوافي القرحة الى بعضها
وبذلك تتكون اثره انعام متشعبة ذات عظم متفاوت على السطح الباطن من
المعدة وأما اذا كان فقد الجوهر أكثر غورا عما ذكر بحيث انه هناك الطبقة
العضلية أيضا فانه يحصل انقباض تشعى في البريتون عند شفاء القرحة
بواسطة الانكماش التدريجى للمنسوج الخلوى المتكون تكونا جديدا بل قد
يجذب سطح البريتون الباطن في المعدة ويكون فيها ثنية وأما اذا كانت
القرحة متسعة جدا فربما ينتج عن شفاها عند حصول الانقباض التدريجى
تضيق في المعدة بسبب ضيق القطر المستعرض وهذا التضيق يكون عارضا
غير قابل للشفاء يمنع مرور ما احتوت عليه المعدة الى المي
ثم اذا كان مجلس القرحة القوس الصغير للمعدة كما هي العادة فالغالب ان
يمنع انكساب ما احتوى عليه هذا العضو في تجويف البريتون امتناعا وقتيا
او دائما ولومع تقب جميع طبقات المعدة ويتم ذلك بكيفية خاصة هي انه عند
استداد التقرح من الباطن الى الظاهر يحصل التهاب بروتينى جزئى في الحمل
المصاب فجاء الطبقة العضلية المهتدة بالتقرح يلتصق بالاعضاء المجاورة له
وعندئذ تلتصق هذه الاعضاء بالمتسقة بحوافي القرحة التصاقا متينا
كالبائكر يابس والثرب والقص الايسر من الكبد الثقب المتكون في جذر
المعدة ثم ان التقرح قد يسرى الى العضو الساتل الثقب المتصق بحوافيه
لكن الغالب ان يتكون على السطح الظاهر لهذا العضو طبقة سمكية من
منسوج خلوى تكون فاعا للقرحة فلا يسرى التقرح اليه ولا يشاهد أصلا
ان العضو المالى المسافة الخالية مواز للطبقة الباطنة من المعدة او بارز في
تجويفها بل ان الغشاء المخاطي ينقطع عن الباطن الى الظاهر على حوافي
القرحة بعد انكماش الطبقة العضلية ويصل حينئذ الى العضو المالى
للمسافة الخالية ومعنى حصول الشفاء في مثل هذه الحالة انقبضت الطبقة
الخلوية النسيجية القى على العضو الساتل للقرحة وحينئذ تقارب حوافي

القرحة من بعضها حتى تتلاصق فتتكون ندب التعامية صلبة ملتصقة بما تحتم التصاقها منبعا

وعند امتداد القرحة كثيرا ما تنهك اوعية الجدر المعدية او الاعضاء المتفحمة فيها القرحة وحينئذ تحصل ازفة غزيرة في باطن المعدة وقد شوهد تمزق كل من الشريان الاكيلي المعدي والشرايين البوابية والشريان المعدي القوي الايسر والشريان المعدي الاثني عشري او ثمرعائه والشريان الطحالي لكن الغالب مشاهد تمزق فروع الشريان الطحالي والشريان الباتكر يامى الاثني عشري

وبالجمله تظهر في الغشاء المخاطي المعدي جميع التغيرات التي شرحناها في المبحث السابق اى الخاص بالقرحة المعدية المزمنة وفي بعض الاحوال تقعد تلك التغيرات ولا توجد الا بدرجة واحدة جدا
 (الاعراض والسير) *

من الجائز ان القرحة المعدية ينتج عنها التهاب يرتوي فجائى قتال عقب تنقب جميع طبقات المعدة وتخرج متحصل هذا العضو في تجويف البطن او ينتج عنها زيف غزير يهلك عقب تاكل بعض الاوعية الغليظة قبل مزقة هذا المرض او قبل امكان معرفته ومن الخطا البين اعتبار ظهور الالتهاب البريتوني القوي او التزيف المعدي علامات او اعراضا اولية للقرحة المعدية فان الطبيب اذا دقق في فحصه لابد ان يجد ان المريض كان عنده قبل حصول الظواهر السابق ذكرها او التزيف اضطرابات قليلة في الهضم واحساس ضغط خفيف في القسم الشراسبي يزداد بالاكل وان المريض لم يكن له طاقة على حمل حزام مشدود شد اقويا على البطن ولا نحوه مما يضط على البطن والقرحة التي بين ظهور هذه الاعراض المتفحمة والعرض انما قد يكون بعض ايام او اسابيع قليلة بحيث لا يشك في ان جميع طبقات المعدة قد تنقب في مدة هذه الفترة القصيرة بل يظهر ان تنقب المعدة وانما كان متحصلا في تجويف البطن لا يحصل غالبا الا في الاحوال التي يظهر فيها هذا المرض باعراض خفية ثم يأخذ سير اسريعاجدا وأما الاحوال التي يظهر فيها باعراض واضحة واحدة شديدة ويستمر بجله شهور بل بجله سنين فالعدة

فما يجب درمنا كافيا لالتصاقها بالأعضاء المجاورة وبذلك يمتنع انسكاب
محتصلها في تجويف البطن وحصول الثقب المعدى بهذه الكيفية يذكرنا
ما يحصل في الارتشاحات الجينية الرئوية ذات السير السريع جدا فيحصل
عنه ثقب في البلورايؤدي لتجمع الغاز في الصدر كثر من حصوله في
المرن الحشوي ذي السير البطيء الذي تكاد توجد فيه صفحات البلوراي
دائما ملتصقة ببعض امتي امتد القساد اليها

ثم ان الاحوال التي فيها تكون علامات التفرح المعدى غير واضحة بحيث
يتعذر تشخيصه والتي فيها يكون المريض غير متالم من هذا المرض بحيث
لا يلجئ الى الاسعافات الطبية قبل حصول الثقب او التزيف المعدى فائدة
جدا بالنسبة للاحوال التي فيها يسهل معرفة هذا المرض من الابتداء والتي
فيها يحصل للمريض اعراض مؤلمة جدا واكثر اعراض القرحة المعدية
المزمنة واشدها اتعابا للمريض الالم الذي يحصل في قسم المعدة فالمرضى
يتشكى بالمتفرق في القسم الشراسبي يزداد الضغط على هذا القسم ويكون
عادة كثير الشدة في جوف معدو ومنه كما انه يشكى بنوب آلام شديدة جدا
تنبئ من قسم المعدة وتنشع فهو الطهر كالآلام العصبية المعدية وهذه
النوب تظهر عادة بعد الاكل بزمان يسير وكلما كانت المطعومات اعسر
هضموا اكثر تهيجا كانت الآلام أشد قوة فالمرضى يصعب ويسكى من شدة
الآلام وربما الفحنى على نفسه ولا يرتاح الا بعد تخلص المعدة من المواد المحتوية
عليها بواسطة القيء فان لم تخلص فربما استقرت قوية الآلام جملة ساعات
ويمكن الحكم بتعيين مجلس التفرح تقريرا بواسطة الزمن الذي فيه تهقب
نوب الآلام تعاطى الماء كولات وذلك ان نوب الآلام ان ظهرت عقب
الاكل حال دل ذلك على ان مجلس التفرح القوادى فم المعدة وان ظهر بعد
الاكل بساعة او ساعتين دل ذلك على ان مجلسه الجزء البوابي من المعدة هذا
ومن المقرر المعلوم ان نوب الآلام تحصل بعد تعاطى الاكل وانها تكون
أكثر شدة كلما كانت المطعومات اعسر هضموا اكثر تهيجا كما ذكرناه قبل
ذلك الآن هنالك استئناآت من المهم معرفتها وان كانت عشرة
التوجيه

منها ان فصل الآلام عند فراغ المعدة وتلطّف بالتعاطى ومنها ان المريض يكون مصونا من الآلام عقب تعاطى الأطعمة الصلبة الهضمة فأنهم يتحدثون عنده الآلام شديدة والعادة ان تنسب آلام الآلام الى التهيّج الذى تحدثه مقدمات المعدة على سطح القرحة حال تزوج تلك المقدمات من صفرا الى آخر وهذا التهيّج لا يوجد عند فراغ المعدة وقد وجه بعضهم حصول آلام الآلام ايضا بان العصير المعدي الحمضى الذى ينقرز بفراغ المعدة تعاطى الاغذية يهيّج القرحة فتنتج عنه آلام الآلام واما القترات التى بين هذه النوب فهى ناشئة من كون سطح القرحة حال فراغ المعدة مغطى بطبقة مخاطية قليلة التهيّج لكن متى علنا انه قد يحصل احيا نائثقب فى جميع طبقات المعدة بدون أن يسبق ذلك نوب ألمية وانه قد يشاهد استقرار نوب الآلام الشديدة ولو بعد شفاء القرحة فيها اذا كانت المعدة ملتصقة بالاعضاء المجاورة لها كان ذلك دليلا على ان الالتهاب البرتنوى الناتج عن القرحة والانجذاب الذى يعترى جدار المعدة الملتصقة بجواررها من الاعضاء موقوت حر كان هذا العضو الهيدانيه لهم ادخل عظيم فى احداث الآلام المعديّة الشديدة وكلما كانت الأطعمة اكثر غلظا وثقلا كانت حر كانت المعدة الناتجة عنها اكثر شدة واستقرارا وكذا كانت نوب الآلام المعديّة عقب تعاطى نحو الخبز غير الجيد وتفتح الارض والبقول ونحو ذلك اكثر شدة واطول مدة وراحة المرضى راحة نسبية عقب تعاطى نحو الشربة والالبان والجواهر الغذائية السائلة اللطيفة

ومن الاعراض الملازمة لهذا المرض كالملازمة زيادة حساسية القسم الشراسينى ونوب الآلام المعديّة التى الدورية وهو ينتج عادة من نفس الاسباب المحدثه لنوب الآلام وكثيرا ما تنتهى تلك النوب به وهذا الذى تارة يحصل عقب تعاطى الاكل وتارة بعده بزمان طويل بحسب قرب القرحة من القوادى والبواب وكلما كان مجلس القرحة قريبا من فوهات المعدة كان حصول التى اكثر وجودا وملازمة وقد نبه الشهير (هينوك) على ان المعدة كغيرها من الاعضاء الجوفية يسهل فيها احداث حر كانت انعكاسية متى كانت فواتها الطبيعية مجلسا لمرض وعلى انه يكفى حصول التشنجات المثانية

الشهية عند ما يكون مجلس التهمج الالتهابي عنق المائدة وان الزحير المتعلق
بامراض القولون تكثر شدة كلما كان مجلس المرض قريبا من الاست
والغالب ان تنقيا المرضي المطعومات متغيرة تغير امتقارنا ومخاططة بمواد
مخاطية وسائل حصى وصفات المواد المتقدمة بالتي التي توجد فيها اخليات
نباتية غالبا وهي تتعلق بشدة النزلة المعدية الملازمة لهذا المرض وامتدادها
وقد لا يتقضى بالتي الامواد مخاطية او مائلة حمضية بكمية عظيمة مع بقاء
الاغذية في المعدة

فعلى هذا يترجح الحكم بوجود قرحة معدية من منتهى حصلت الام معدية
شديدة وفي على الدوام عقب تعاطي الاكل ويعتبر التشخيص يقينا متى
انضم لذلك مدموى والقيء الدموي مختلف البنايع فتارة يكون فيبروعه
نزقا شعريا فاشع من القيء القرح وتارة وهي أكثر حصولا من السابقة يكون
فيبروعه تأكل بعض الاوعية الغليظة وهذا الشكل هو الواصف للقرحة
المعدية وستتكملم في البحث الثامن على التزييف المعدى كلاما مبسوطا
ثم ان امراض النزلة المعدية التي تصيب القرحة المعدية وان انضمت دائما الى
الاعراض الواصفة لهذا المرض تنفاوت شدة وضعف باختلاف درجة تقدم
النزلة المعدية وامتدادها فان من المرضى من يتشكى بأنتفاخ عظيم في القسم
الشراسبي وفقد في الشهية وتجنش متكرر واحساس بما يشبه الحديد
المحمى في القواد ومنهم من يكون أشاعفترات فوب الا لام ذاعمة مناسبة
تكااد الشهية عنده تكون تامة

وأما علامات النزلة القمية التي تضاعف القرحة المعدية فتخالف مخالفة
تأعلامات النزلة القمية التي تصاحب النزلة المعدية فان السوائل الحمضية
التي تندفع بالتي وتصل الى الفم في القرحة المعدية يظهر أنهم التحمل الطبقة
البشرية فتفصل عند القيء واللسان يدل كونه مغطى بطبقة صميكية يغلب
ان لا تنفذ في النزلة المعدية المزمنة البسيطة يكون أحمر متشققا وحالته هذه
تكون مصحوبة دائما بزيادة في العطش ثم يوجد امسال مستعص كما يوجد
في جميع أحوال النزلة المعدية المزمنة

وأما الحالة التامة لبنية المريض في هذا المرض فهي ان القرحة المعدية

المزمنة تحدث اضعافا لا سريعا في التغذية بحيث ان المريض ينحط بسرعة ويضعف ويظهر ذا مخنة باهتة ضعيفة وقد لا تضرب التغذية المريض الا قليلا وهذا الاختلاف منوط بالاشك باختلاف درجة التزلة المعديّة المصاحبة للقرحة المعديّة شدة وامتدادا

واما سير القرحة المعديّة فهو طويل جدا الا في الحالة المتقدم ذكرها التي تعتبر فيها واحدة فقد يعتد هذا المرض بجله سنين وفي أثناء هذه المدة تظهر تقلبات عديدة في مكابدات المريض فقد يعقب الزمن الذي كانت فيه حالة المريض مطابقة زمن يعتريه فيه مكابدات عظيمة بدون سبب ظاهر ولا يندر أن يحصل في أثناء الشفاة الظاهرية في مدموى الجفاني كما لا يندر أن يعود التآلم للمريض دفعة بعد انطفائه بالسكية مدة سنين وما ذاك الا من ميل القرحة المعديّة للنسكسات

وأكثر انهما آت القرحة المعديّة حصولا الشفاء بأن تزول مكابدات المريض شيئا فشيئا وتعود اليه جودة التغذية ولا يبقى عنده أدنى ألم ثم اذا مات بعد زمن ما بأى مرض فوجد فيه الندبة الالتصامية التي تخلقت عن القرحة المعديّة وقد ينهى هذا المرض نادرا بشفاة غير تام بأن تزول اعراض التزلة المعديّة المزمنة والتي الدورية غالبا ويكتسب المريض هيئة صحيّة لكن لا يزال يعقب كل اكله من اكلاته آلام معديّة وقد تكون اشد من سابقتها فيلزم حينئذ أن تكون القرحة قد التحمت في مثل هذه الحالة وعاد القشاء المخاطي الى سلامته الا أن الندبة الالتصامية التي تخلقت تعوق حركات المعدة في جرم محدود منها او يفسأ عن ذلك التصاقها بالاعضاء المجاورة وهو الغالب وبذلك تنور جدار المعدة وتجذب عند تحركها فتسفر نوب الآلام المعديّة ثم انه كثيرا ما يتكون تضايق في البواب وتعد في المعدة كمرض تابعي للقرحة المزمنة المعديّة بواسطة ندبة الالتحام التي يكون محلها بقرب البواب او بواسطة ضخامة جدار المعدة التي تنشأ عن التزلة المعديّة المزمنة المضاعفة لهذا المرض

وقد تنهى القرحة المعديّة المزمنة بالموت بان يحصل عند المريض ثقوب في جدار المعدة وانساب مخصلاها في تجويف البطن وهلاك الشخص في مثل

هذه الحالة يحصل احيا تابدون ظهور علامات التهاب يرتوى اواقل
ما هنالك قبل أن يصل الالتهاب المذكور الى درجة عظيمة جدا بحيث لا يعرف
علة حصول الموت منه وعند ظهور الآلام الشديدة جدا في البطن ظهورا
لجائبا يصير جلد المريض باردا وبضه صغيرا وتغير مهنه ويهبط ثم يهلك
وهو على تلك الحالة

وان حصل في هذه الحالة ضعف في ضربات القلب وقل امتلاء الشرايين
تدريجيا نتج عن تراكم الدم في الاوردة وظواهر سيا فوزية واضحة تصير الهيئة
الظاهرة لمثل هؤلاء المرضى شبيهة بهيئة المصابين بالهيمضة في الدور
الاسفي كسي ويظهر أن التنقب المعدي في هذه الحالة ينتج عنه شل في
المجموع العصبي المنوط بالتغذية كما يحصل ذلك في غير هذا المرض من
الآفات النقبلة وهذه الحالة اى التي يطارأ الموت فيها في مدة اليوم الاول
او الثاني من حصول التنقب نادرة بالنسبة للحالة التي يطارأ الموت فيها عقب
انضمام اعراض الالتهاب البريتوى القتال الى مجموع الاعراض التي يتناها
سابقا وقد يكون حصول الموت من التزيف المعدي وهذا نادر فان المريض
يعود لهيئته عادة ولو في الاحوال التي فيها يظهر ذاهية عنقعة مصفرة كالشمع
الاصفر خالية عن الدم ويعقب وقع رأسه اغماء ويوجد فيها بالاختصار
علامات فقد الدم كالضجر والنفقان والاعماء وطنين الاذنين ونحو ذلك ومع
هذا اذا تأتت اوعية فليظة شريانية امكن حصول الموت بسرعة وقد
شاهدت حالة سقط فيها الشخص على الارض فجاءه هلك عقب تثقب الشريان
الطعالي وقبل ظهور رائي الدموى وقد يحصل الموت عقب التهوكة
التدرجية ويحتمل ان يكون حصوله في الاحوال التي التجمت فيها القرحة
المعدية الا انه نساغها في المعدة تضايق عقب انقباض التسدية الالتصامية وفي
مثل هذه الحالة لا تسفر نوب الآلام الشديدة المعدية وحدها بل مع ذلك
يتقايأ المريض جميع مانع اطاء من المطعومات ويكون مع ذلك امسالك
مستعص بحيث ينقطع التبرز جهة أيام فيهبط البطن ويخف المريض تخافة
زائدة هيكلية ثم يهلك من عدم التغذية

(التشخيص)

من المحال تمييز القرحة المعدية المزمنة عن النزلة المعدية البسيطة المزمنة في الحالة النادرة التي ليست فيها القرحة المعدية مصحوبة بجميع علاماتها الواضحة وأما التمييز بينهما في غالب الأحوال فلا يصحكون عسرا فان زيادة احساس القسم الشراسعيني في جر محدود منه ووجود نوب ألمية معدية شديدة وفي ممتكر رسما التي الدموي الغزير يشافى وجود النزلة المعدية البسيطة بالكلية وقد يعتمد قليلا في التمييز بينهما على حالة اللسان فانه في أحوال القرحة المعدية يكون اجراما مس وفي أحوال النزلة المعدية يكون غالبا مغطى بطبقة وأما التمييز بين القرحة المعدية وتضايق البواب الناجم عن تضامة في جدار المعدة فقد يكون مصعبا جدا ويعتمد في ذلك على ان نوب الألم تكون اقل شدة في تضايق البواب وليست بنسبة كثرة ممتكرات التي وان حصول التي فيه ايضا يكون في أزمنة منتظمة ومصحوبا بامتداد تابعي للمعدة فبمجموع هذه الاعراض الاخيرة يثبت وجود التضايق دون القرحة المعدية

والسلبية الاتصامية التي بها تعاقب المعدة عن تهيم حركتها وتنجذب يغلب على الظن انه يمكن تشخيصها في الحالة التي فيها توجد الآلام المعدية الشديدة غير مصحوبة باضطراب وتكد في وظائف الهضم بان يكون المريض فيها مع شدة تألمه ومكابدة معتقا بصحة جيدة وتنا كدغلبة الظن متى تأكد الطبيب أن المريض كان عنده سابقا علامات دالة دلالة كبدية على وجود قرحة معدية زالت بالكلية ولم يبق لها اثر سوى الآلام المعدية ويغلب على الظن وجود التضايق النسي للمعدة في الحالة التي فيها تظهر اعراض التضايق ظهورا بطيئا مع ازديادها عقب زوال علامات القرحة المعدية السابقة

وأما تمييز القرحة المعدية المزمنة عن سرطان المعدة وعن الآلام المعدية العصبية فسيأتي في المبحث التالي لهذا

(الحكم على العاقبة)

الحكم على عاقبة القرحة المعدية المزمنة بالنظر لما ذكرناه في سيرها وانها آتيا جيد غالبا لكن على الطبيب ان لا ينسى ان هذا المرض كثير النكسات

والتورانات

والثورانات وانه في ائذله التحسن الظاهري يمكن ظهور نزيف معدى وان
المريض بعد حصول الشفاء يكون عرضة غالباً للتكسبات

• (المعالجة) •

يندر أن يكون تغير جدار الاوعية الناشئ عنه كل من التسكر والجزق بالحد
المعدة وانها ذلك بالقرحة المعدية المستديرة نتيجة التزلة المعدية المزمنة فان
المدمنين على السكر الذين نشاهد عندهم التزلات المعدية المزمنة المستعصية
جداً يندر أن يعثرهم قروح معدية وحيث ان الاسم باب الاصلية للتغير
المريض في جدار الاوعية غير معلوم نعرف ولا بد انه لا يمكننا انعام ما تستدعيه
المعالجة السببية في القرحة المعدية واستعمال المركبات الحديدية الذي يظهر
انه ضروري بسبب الانيميا الحاصلة لا تتم له المعدة في أحوال القرحة
المعدية

واما معالجة المرض نفسه فينبغي فيها اتباع تدبير صحي بغاية الدقة فان نجاح
المعالجة يتعلّق بالاكثر باتباع ما ذكر ولولم يمكن بالضرورة حفظ الجزء المريض
من جدار المعدة من تأثير أى سبب مضر كما يكون ذلك في القروح الجلدية
الظاهرة فان ادخال اى جوهر غذائى مهما كان لطيفاً يحدث ولا بد احتقانا في
الغشاء المخاطى المعدى وتتهيج الجزء المتقرح ومع ذلك فكلما كانت الطعومات
أكثر غلظا وثقل كان التهيّج الناشئ عنها اكثر شدة ويستتبع من هذه الحقائق
الثابتة المطابقة بالكلية للتجارب قاعدة عامة وهي انه لا يسمح للمرضى الا
بغذية لطيفة سائلة فيجتمداً ابتداء باتباع تدبير غذائى مطلق بالالبان ويتطرق
تحمل المرضى له وعدمه فان غالبهم لا يتحملوه وان انعقد اللبن في المعدة على
هيئة جلام جامدة لزجة فينبغى اتباع طريقة (بود) وهي تعاطى الالبان مصصوبة
بقليل من الخسبر الايض النظيف وبعض المرضى لا يتحمل اللبن الحليب
ويتحمل اللبن المنعقد والحضى فحسب لا جيداً وان وجد عند المرضى كراهة
عظيمة للالبان وكان لا يمكن تحمل كل من اللبن المنعقد والحضى فينبغى ان
يؤمر لهم باستعمال الشرابات القوية التي لا يؤخذ زبد حامضاً فالإملاصة
الحم للمعلم (ليمج) وقوة تغذية المقادير الصغيرة من هذه الإملاصة وان كانت
قليلة الا انها منشطة قوية وكذا يؤمر المرضى بالإملاصة الشعير النبات الجفف

للعلم (تروبير) المحتوية على الاجزاء المغذية لهذا الجوهر على الحالة السائلة
وحيث ان المرضى يمكنهم تعاطي جملة ملاعق منها في اثناء النهار بدون مشقة
ينبغي اعتبارها جوهر اغذاثا جيدا واني لاعرف مرضى كانت تعاطي
في كل يوم من اوقية الى اثنتين من خلاصة الشعير المذكورة و ينبغي تجنب
تعاطي البقول والتسبر المصنوع من الدقيق الخشن والبطاطس المحمر
والمصنوع سلطة واما المطبوخ على هيئة عصيدة فيسمح باستعماله ومن الناجح
جدا في معالجة القروح المعدية المزمنة استعمال القساويات الكربونية فانها
ذات تأثير واضح وبفضل من المياه المعدنية المحتوية على قلويات كربونية
واملاح مسهلة ما كان حار امنها على البارد فعرسل المرضى التي تسمح احوالهم
بالفرا الى حمام كرلوس باد وان لم تسمح حالتهم بذلك يوصوا باستعمال مياه
كرلوس باد ومارية باد وتراسير ونحوها و هم في اما كنهم انما ينبغي قبل
تعاطيها تسخينها جيدا وقد شاهدت نجما عظيما في بعض الاحوال من
شرب مياه ويلدياد وغيرها من المياه المعدنية الحارة عند بعض المرضى
المصابين بقروح معدية مزمنة وكانت تعاطت بلا طائل كالا من مياه
كرلوس باد ومارية بادون ان يتحقق لي كل التحقيق من ان شرب بعض
مياه الينابيع الحارة يقوم مقام مياه كرلوس باد كما قاله العلم (بول) في جرنالاته
ومما يأسف منه كون هذا الطبيب الخاذق مجتهدا في انتشار معارف غير
تامة بين العامة مثل هذه فاني قد شاهدت جملة اشخاص يزعمون انهم تحصلاوا
على معارف كافية من قراءة ما ذكر ويدعون ان لهم قدرة على معالجة أنفسهم
وبذلك استنصحو ا على الضرر والتدبير الصعي في المعالجة بمياه الينابيع
الطبيعية وان احتوى على بعض امور زائدة غريبة لا ينبغي عدم الاعتراف
به ورفضه فانه يقترب على ذلك عدم اتباع الوسايا العقلية كإساءة المريض
بعدم التأخر في النوم زيادة عن الساعة السابعة ليلا (المقابلة للساعة الثانية
بحسب العربي) ليلا وعدم تعاطي شئ سوى الشرابات مساء وعدم تعاطي
شئ في الصباح من الاغذية الا بعد مضي نصف ساعة الى ساعة بعد شرب
آخر كوبية من المساقات من المهضم جدا ووصول المياه المعدنية الى المعدة
وهي خالية

وإذا لم تفر المعالجة المذكورة وجب الانتقال إلى المعالجة بواسطة تترات
الفضة أو تحت تترات الزموت فإن هاتين الواسطتين سيما الأولى منهما
يطابقان دلالات معالجة هذا المرض نفسه وذلك لأنهما كما يشاهد من
تأثيرهما في الصمام قروح الجلد والاعضية المخاطية غير المعدية يسرعان في
الصمام القرحة المعدية والمرىض يتحملهما في هذا المرض ولو زاد مقدارهما
زيادة عظيمة لكن في التنبيه على أن شجاعتهم في القرحة المعدية ليس
محققا كما هي عادة ما في انزلة المعدية المزمنة فإنه قد يشاهد منهم ما التجاح
العظيم في بعض الأحوال بسرعة وفي بعضها لا يثبران أصلا وكل من
استعمال هذين الجوهرين ومقدار التداوى منها سبق ذكره في معالجة
النزلة المعدية المزمنة

والمعالجة العرضية لهذا المرض تستدعي أولا مضاربة نوب الآلام
المعدية اذ من التلذذ وأن وجود أحوال من أحوال القرحة المعدية المزمنة
لا تحتاج لاستعمال المسكنات فيها والغالب أن تأثير المسكنات في نوب الآلام
المعدية سريع ووضوح للغاية فإن تعاطى مقدار صغير من المورفين يحصل
منه في المدة بعد التعاطى يسير من الدقائق تلطيف عظيم بل يكون كلي في
الآلام وهذه النتيجة تؤيد ما كنا من أن نوب الآلام المعدية تنشأ في
أكثر الأحوال عن انجذاب المادة وتوترها فإنها لو كانت متعلقة بالتهيج
لقد ينعى ترى سطح القرحة من الأغشية أو من العصابات المعدية الحسنة
لسكان تأثير الجواهر لمسكنة فيها غير معقول مع أنه كما قال المعلم (باكش)
يطرب بسرعة عجيبة وأما كونها متعلقة بالانجذاب الواقع على جدار المعدة
فالأمر فيه واضح فإن المسكنات زيادة عن تخديرها تحدث بطاقي حركات
المعدة وقال المعلم (استوكس) أن المورفين هو الدواء الوحيد الباسح في
معالجة القرحة المعدية المزمنة ورأيه أن شجاعتهم من الجواهر الدوائية إنما
هو ناتج عن إعطائهم مزججة بالمسكنات التي قيم المورفين كما هي عادة الأطباء
في كيفية إعطاء تترات الزموت في هذا المرض والغالب أن يكفى بإعطاء
مقدار صغير من المورفين (بأن يعطى من جر من اثني عشر جزءا من قطعة
أو جر من ثمانية أجزاء) فقط ولا حاجة إلى زيادة كميته فقد شاهد المعلم

(باكتش) امرأة تعاطت هذا المقدار زيادة عن مائة مرة بدون ان يتأخر فعله
المسكن والمورفين في هذه الاحوال افضل من خلاصة الشوكران والبلادونا
الموصى به ما ايضا في هذا المرض وعند وجود ازدياد في احساس القسم
الشراسيقي عند الضغط تستدعي المعالجة العرضية ارسال العلق على القسم
الشراسيقي او المهاجم التشرىطية واذا لم تمر الوسايط المذكورة فلتستعمل
الحراريق او المشغعات الطرطرية على القسم الشراسيقي زمنا طويلا فقد
شوه حصول النجاسات احيانا من ذلك ومن الاعراض التي تستدعي معالجة
مخصوصة ايضا التي المستعصى ومما يفر فيه غالباً المخدرات سيما المورفين
فان لم يثمر وجب استعمال مقدار صغير من الماء الجليدي او استهلاك قطع
صغيرة من الثلج فان لم يثمر ذلك فقد شوهت المنفعة العظيمة في استعمال
الكربون و زوت موضوعا منه اربع نقط على ست اواق من الماء ويتعاطى منه
ملعقة فملعقة او صبغة اليود من نقطتين الى ثلاثة في ماء محلي وقد تستدعي
الانزفة المعدة والالتهابات البريتونية التي تطرأ حدة سير القرحة المعدية
معالجة مخصوصة وسياقي بيانها

• (المبحث السابع) •

(في سرطان المعدة)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

المعدة اكثر الاحشاء مصابة بالسرطان والغالب ان تكون اصابتها اولية
ويندر ان يتبع سرطان المعدة آفة سرطانية في غير المعدة من الاعضاء
كاصابة تابعية كما يندر امتداد سرطان الاعضاء المجاورة للمعدة اليها
ثم ان اسباب سرطان المعدة كغيره من الاصابات السرطانية خفية بالكلية
ويظن ان هذا المرض في بعض العائلات وراثي فان (نابليون) الاول واخته
ووالدهم ~~هنا~~ كانوا بسرطان في المعدة واما عروضة بالنسبة للصنف والسنن
والعيشة فيقال فيه عادة ان الرجال اكثر مصابة به من النساء ومن كان
سنه من اربعين الى ستين فهو اكثر مصابة به من غيره ومشاهدته قبل سن
الاربعين نادرة واما حمله قبل سن الثلاثين فيعد من الاحوال الاستثنائية
وتصاب به الاغنياء والفقراء على حد سواء وكثرته في الفقراء اكثر عددهم

عن الاغنياء وما ادعاه بعض الاطباء من أن ظهور هذا المرض يكون من
تأثير الاقراط في تعاطي المشروبات الروحية والانفعالات النفسانية المخرجة
وإدعاء بعض الطبقات الجذبة والقروح فليس بمثبت
(الصفات القشرية)

اغلب ظهور سرطان المعدة يظهر في جوف المعدة البوابي واقل من ذلك اصابته
لجزئها القوادى او قوسها الصغير واندر من ذلك اصابته قاع المعدة وقوسها
العظيم وهذا الداء ذو ميل عظيم للامتداد جهة العرض بحيث ان سرطان
القوس الصغير يمتد الى القوس الكبير وسرطان البواب او القوادى ينشأ
عنه تضايق حاد في المعدة والعادة ان يكون التضايق السرطاني للبواب
محدودا بالصمام البوابي واما سرطان القوادى فيكا- يمتد اعمالا الى المريء
امتدادا متناوتا

واكثر انواع السرطان مشاهدة في المعدة السرطان الاسكيري وسى واقل منه
مشاهدة السرطان النخاعي واندر منهما السرطان الهلامي او الخلاقي وكثيرا
ما تنضم انواع السرطان الى بعضها كالسرطان الاسكيري وسى والسرطان
النخاعي وهذا هو الغالب في الأنضمام

فاما سرطان المعدة الاسكيري وسى فيكاد يمتد دائما الى المنوج الخلاوي
تحت الغشاء المخاطي فيشكلون عنه تارة عقد متفرقة وتارة تيبسات منتشرة
يظهر فيم اسبب عدم انتظام نمو جميع اصغاره اجلة تحدبات وبشاهد في هذا
التولد المرضي جميع الاوصاف الخاصة بالسرطان اليابس اى الاسكيري وسى
وهي كونه مادة كثيفة مميضة يابضا كالياسهية به لابة الغضروف والغشاء
المخاطي يلتصق مريعا بالتولد المرضي الحديد الكائن اسفل منه ثم يلين فيما بعد
فيصير ذاهية بجمينية مسودة ثم ينقل ويرتق سطح السرطان متغيرا والطبقة
العضلية للمعدة يحصل فيها تضامة ممتدة وتظهر الهيئة المدرجة الخاصة
كذلك زنا سابقا وعند تقدم سير هذا المرض تقع تلك الطبقة في ضمور
او تلاشي بالكلية والطبقة العضلية يحصل فيها فتن وعنامة عقب اصابتها
بالالتهاب البريتوني الجزئي وتلتصق غالبا بما حولها وتغطي بقرا كات يابسة
مميضة صفيحية وبعد تلاشي الغشاء المخاطي يأخذ السرطان العادي في

التقرح فيتكون فيه انبعاثات سطحية في الابتداء ثم تصير فيما بعد غائرة
 وحيفة تكثر كون القروح السرطانية ذات الشكل غير المنتظم والحواف
 المتبعية الشبيهة بالقروح السرطانية التي تحصل في ظاهر الجلد وقد تعلموا
 احبانا سطح القروح الاسكروسية وحوافها تولدات سرطانية نتحامية
 واما سرطان المعدة فتعاني في ابتداء وجدت عقداً وتيسات منتشرة فتكون
 اسفل الغشاء المخاطي من الابتداء ذات رخاوة وهيئة مشابهة لهيئة الجواهر
 الدماغية الصغرى يسهل بعد شفها نحو ح مادة لبنية سرطانية منها وأخذ هذا
 السرطان في الامتداد اسرع من السرطان الاسكروسي فيعلو بسرعة على
 السطح الباطن من المعدة على شكل تولدات اسفنجية رخوة مهلهل الادماء
 والعادة ان ينقسم هذا التولد المرضي من مركز الى جملته كتل مسودة رخوة
 خلية واما اثره فلا يزال غوها آخذاً في التقدم وعند انفصال الاجزاء
 المسودة المتبعية فتكون قرحة ذات حواف منقلبة الى الظاهر قنبطية
 ومحيطة بالقرحة على شكل حاجر وقطر هذه القرحة يصل الى جملته في ارتباط
 والتولدات المرضية قد تنفق تزداد اندياداً عظيماً جدا بحيث يفتق بجوف
 المعدة

واما السرطان الخلقي والهلامي فينسلط ظهوره على شكل عقد متفرقة
 والغالب ان يظهر على شكل استئصال سرطانية منتشرة ويتبدى في المنسوج
 المخاوي تحت الغشاء المخاطي ايضا الا انه يؤدي بسرعة الى الفساد جميع
 طبقات المعدة بحيث ان جذورها التي يصير معها جملته خطوط بل نصف قيراط
 لا يرى فيها آثاراً منسوجة الاصل الى بل توجد جميعها متسكوة في تجاوب
 صغيرة (هي الخليايا) محتوية على سائل هلامي وبالبحث الميكروبي يستدل
 على ان هذا السائل نشأ من تراكم الخلايا السرطانية المتجمعة في التجاوب
 الصغيرة والتي اعترتها الاستئصال الهلامي والغشاء المخاطي يتلاشى ايضا في
 السرطان الهلامي فيستقرغ منه متصل التجاوب الصغيرة فيظهر سطحه
 السائب خالياً متغير اللون وديته ومع ذلك فقد الجوهر لا يكون غائراً فانه يحل
 محل الاجزاء المتلاشية فتكونت جديدة ثم كثيرا ما تمتد الاستئصال السرطانية
 الى الاعضاء المجاورة للمعدة سيما العقد الليمفاوية والبنكرياس والكبد

والقولون المستعرض والقرع كما ان تقرح هذا التورل الجدي قد ينشأ من
المعدة الى الاعضاء المذكورة وبذلك يمكن ان يكون استطراق بين المعدة
والقولون او استطراق الى الظاهر به التصاق المعدة بالجدار المقدم للبطن
وتثقبه ويندرام امتداد السرطان الخلو الى الاعضاء المذكورة وكثيرا ما
يؤدى هذا النوع من السرطان الى استئصال سرطانية متقدمة في البريتون
في عقب ذلك انسكابات استوائية في تجويفه

واذا امتد تقرح السرطاني الى البريتون قبل التصاق المعدة بالاعضاء
المجاورة نشأ عن ذلك انسكابات متصلة لها في تجويف البطن في عقب ذلك
التهاب بريتونى قتال

واذا نتج عن الاستئصال السرطانية تضيق عظيم في البواب يمنع مرور ومحصل
المعدة الى المعى نتج عن ذلك قلع في المعدة وهذا العائق يزداد بسبب البروزات
العقدية للسرطان ويقترح الجزء المصاب واذا كان مجلس السرطان القواد
او كانت جدار المعدة مكابدة للاستئصال السرطانية في امتداد عظيم منها كما
يشاهد ذلك في السرطان الهلامي نتج عن ذلك تضيق في تجويف المعدة
والابواب المتسطن في غالب الاحوال يبقى في محله الطبيعي بسبب ثباته
بالتصاقات وهناك احوال يبقى فيها اسباب فيسقط بثقله نحو الخلة وقد
يسقط الى الارتفاق العالى

• (الاعراض والسير) •

يتعذر معرفة السرطان المعدي في بعض الاحوال لمدة الحياة مع التأكيد
حيث ان بعض الفقهاء الذين يكثر ورودهم الى المارساتات للمعالجة
يكرنون في نهوكة متقدمة ومع ذلك فلا ينشكون بشئ ولا يعلنون سببا لهذه
النهوكة والقسم الثمرا سبني حينئذ لا يظهر فيه ألم بالضغط في مثل هذه الحالة
والتهبية تكون فيها اميلة ولا تخرج المطعومات بالقيء ثانيا ولا يدل البحث
عن البطن على وجود ورم فيه فينبغي للطبيب حينئذ ان يعرف ان سرطان
المعدة قد يبريدون هذه الاعراض المذكورة اخيرا وان يقيظ لكونه سببا
لننهوكة العظيمة جدا بدون ان يجزم بتشخيصه ومتى هلك مريض من هؤلاء
ووجد عند تشريحه قرحة سرطانية عظيمة في المعدة زاد تعجب بعض اطباء

غير المقرنين من عدم امكان تشخيص هذا المرض مع تقدمه تقدماعظما
مدة الحياة

وهناك أحوال لا يعرف فيها سرطان المعدة الا بوجه التقريب وذلك كما في
الاحوال التي فيها المرضى المتقدمون في السن يتشكون بفقد في الشهية
وامتلاء في القسم الشراسبي وتجشئ وتحو ذلك من ظواهر فساد الهضم
ومع هذه الاعراض الخفيفة في الظاهر يتضع للطبيب ان هؤلاء المرضى
يفقدون قواهم بسرعة وتكتسب وجوههم هيئة مصفرة ومحنة تدل على سوء
لقنية ويظهر عندهم احيانا انتفاخ او ذيماوى خفيف حول الكعبين ففي
مثل هذه الاحوال متى أمكن الطبيب ان يتتبع جميع الامراض المهددة
للهوكة دون المرض الذي نحن بصدد تخرج عنده ان المريض ليس مصابا بقرنة
معدية فمن منسبة بل عرض خفيف في المعدة أى بسرطانها وان لم يوجد كل من
الآلام الخاصة والتي هو ورم المعدة الواصف لهذا المرض

لكن في غالب الاحوال تكون المصفة التي يسمي بها سرطان المعدة كثيرة
الوضوح فتعرف بسهولة وذلك في الاحوال التي فيها ينضم لظواهر فساد
الهضم ولاعراض الهوكة وسوء القنية الشديد في قسم المعدة يزداد بالضغط
ويرتقي الى درجة عظيمة بعد الاكل لكنه لا يصل عادة الى درجة شدة نوب
الآلام المعدية العصبية وينضم لذلك غالباً تقايل لكنه يحصل زماناً من اذا
كان مجلس السرطان القوس الصغير ويحصل بعد كل مرة من تعاطي
المطعمات اذا كان مجلسه القواد والبواب غير ان التي يحصل بعد الاكل
بجملة ساعات اذا كان مجلس التضايق السرطاني البواب وبعد الاكل حالا
او في اثناؤه اذا كان مجلسه القواد ومن الجائز احيانا ان يصير التي نادرا
بعد استقراره زمانا طويلا على حالة منتظمة او يزول بالكلية او يستعاض
بجملة ارتداد الاطعمة كأجترار بعض الحيوانات ويسهل توجيه هذه
الظاهرة متى انضغ بالتشريح ان الجزء الضيق صار مقسما بسبب لين السرطان
وتقرحه او ان المعدة بسبب تمددها التمدد العظيم بما اعتري جدرها من
الاستحالة السرطانية فقدت قوة الانقباض التي تساعدهم حركة التي مدة
الحياة وقد لا يتضح من الصفات القشرية سبب زوال التي المذكور ثم ان

المواد المنقذة بالتي تارة تكون متكونة من الاطعمة المزودة ملتقة بطبيعة
 من مواد مخاطية وقليلة التغير وذلك اذا كان مجلس السرطان القواد وكثيرة
 التغير بحيث تسكاد لا تعرف وذلك اذا كان مجلس السرطان البواب وتارة
 تكون متكونة من مواد مخاطية غزيرة ومن سائل كثير التلون حمضي الطعم
 والرائحة وظهور كل من حمض اللبنيك او السمينيك والخليليك في المواد
 المنقذة بالتي يتعلق بنفس الاسباب التي ينهاها في شرح القولة المعدية
 والتضايق البسيط للبواب وكثيرا ما ينهاها في مواد التي انطليات النباتية
 المعدية واما وجود قطع سرطانية فيها فتا دوجدا وما ذاك الا لكون السرطان
 عند فقره وفساده تنفذ جزئياته شكلها الاصل الواسفها وعند فقر
 هذا التولد المرضي الجليد الكثير الاوعية كثيرا ما تفصل ازقة شعيرية والدم
 المتسكب في المعدة يتغير بسرعة بواسطة متحصلها الحمضي فيستعمل الى مادة
 مسودة مخصوصة ولذا كان وجود هذه المادة المسودة الشبيهة بدردى القهوة
 محتاطة بمواد التي معتبر من العلامات المهمة الكثيرة الوجود في سرطان
 المعدة الا انه يبالغ في اهميتها التشخيصية في هذا المرض مباغتة خارجة عن
 حد ما ويندر تأكل اوعية غليظة عند فقر السرطان بحيث يحصل نزيف
 غزير جدا ولذا كان وجود هذا العرض في الاحوال المشكوك فيها امر يحتمل
 لكون المرض قرحة معدية مزمنة لاسرطانا معديا واهم اعراض السرطان
 المعدية وجود ورم في القسم الشراسيني الا انه يجب معرفة كون هذا العرض
 يفتقد في كثير من الاحوال ومن علم وضع اجزاء المعدة بالنسبة للكبد وقوس
 الاضلاع سهل عليه ادراك ذلك فان سرطان القواد يكاد لا ينتج عنه ورم
 محسوس في القسم الشراسيني ولو بلغ ذلك الورم حجما عظيما كما ان سرطان
 القوس الصغير للمعدة لا ينتج عنه ورم في القسم الشراسيني الا اذا امتد ذلك
 الورم فهو القوس العظيم من هذا العضو ومعظم الاورام السرطانية
 المدركة بالجلس يكون مجلد لها البواب او اقله الجزء البوابي من المعدة وليكون
 سرطان المعدة يوجد في هذا القسم غالبا فالغالب ايضا في اربعة اخماس جميع
 احوال هذا المرض وجود ورم مدرك بالجلس في القسم الشراسيني والظاهر
 ان قول المعلم (هرقل) بالنسبة لوضع المعدة مؤسس على خطأ وبالخصوص

ما قاله من ان طرف المعلقة الخنجرية يكون مقابلا لوسط الجدار المقدم من
 المعدة عند الوضع الرقدي من الجانب الحايض ويتضح من كتاب المشرح
 (لوشكا) المتهوى على القوائد الكثيرة لكل طبيب على أن الشق العمودي في
 الخط المتوسط من الجسم يقسم المعدة بكيفية بحيث ان خمسة اسادس هذا
 لعضو تكون موضوعة في الجهة اليسرى والجزء السادس في اليمنى بحيث ان
 الورم الشاغل للجهة اليسرى من انقسم الشراش - في يكون مجلسه الجزئ
 لبوابي في الوضع الطبيعي وسرطان البواب لا ينفج عنه ايضا ورم محسوس
 الامتق سقط الورم بثقله الى اسفل ولا يسقط الا اذا كان غير ملتصق بمحاو له
 ومجلس الورم اذ ذلك يكون قريبا من السرة والغالب ان يكون اعلاها وكونه
 على يمينها اكثر من كونه على يسارها واذا كان الورم ساقطا الى اسفل فمن
 الجائز أن يختلط بوزم في البيض وعظم الورم يختلف فيكون من قدر البيضة
 الى حجم قبضة اليد واذا كان عظيما جدا أمكن ان ينفج عنه اجبا باروز ظاهر
 في البطن والسطح الظاهر من هذا الورم يكون غالبا غير مستقر ذات تصديبات
 في كثير من الاحوال ويكون متحركا فيكون رزحه وتغير وضعه على حسب
 فراغ المعدة وامتلائها وفي احوال أخرى يكون غير متحرك وذلك اذا كان
 ملتصقا بمحاو له ودرجة حساسية هذا الورم تختلف ايضا وقد يشاهد بدل
 هذا الورم المحدود ذي التصديبات بروز مستقر متفاوت الامتداد وذو مقاومة
 في القسم الشراشي وبالقرع على الورم المتكون من سرطان المعدة يسمع
 صوت ذلك القرع غير فارغ بالكلية وواضح الطليبة

وبالجانب الطبيعي يظهر لنا في احوال التضايق السرطاني البوابي زيادة عن
 الورم عند في المعدة وقد شربنا اعراضه عند الكلام على التضايق البوابي
 البسيط واذا كانت المعدة متضايقية وكانت الامعاء رقيقة كما هي العادة
 - وهذت الحالة السقلى من قوس الاضلاع بارزة الى الامام والبطن على
 عكس ذلك منحنضا بحيث يحس بالعمود الفقري ونضبات الشريان الاورطي
 وقد تنوع اعراض سرطان المعدة عقب تولدات سرطانية في غيرهم من
 الاعضاء خصوصا الى الكبد وقد يمتد السرطان من العقد الليفية الى المعدة
 الى العقد الليفية خلف البريتون ومنهم الى العقد الليفية من الجانب

المنصف انطلق ومنها الى عقد العنق بحيث يظهر وروم صلب في العقد ا على
الترقوة يعين على تحقيق التشخيص كما شاهدت ذلك احيانا واما اعراض
سرطان المعدة الهلالي فانها كثيرا ما تتقوع عقب ظهور راسمة آت زقية
في البطن

ثم ان سرطان المعدة يظهر في مدة سيره ازدياد وارتقاء في جميع الاعراض
لنذ كورة ويندر حصول قتران فيها تحسن حالة المريض بان تنماقص
الاسلام والتي موقعود الشبهة ثانيا لكن هذا الفترات اذا حصلت لا تطول
مدتها عادة بل تنور بسرعة مكابدات المريض ثانيا وثقة الشبهة والامساك
الذي يوجد مع المريض من الابداء حيث تجد اوترداد النفاذة ازدياد اعظما
واذا كان التولد المرضي الخبيث سرطانا لخاصيا قطع سيره في عدة أشهر غالبا
وأما السرطان الاسكبر وسى والهلالي فقد يستمران مدته من المسنين

وايس لسرطان المعدة انهاء الا الموت لحينة ذما قبل من انه في بعض الاحوال
انتهى بالشفاء مبني على خطا في التشخيص كما ان الصفات التشريحية التي
ذكر فيها مشاهدة اثر التهامية سرطانية لا يعبر عليها فانه ان شوهد حصول
التدبة الالتهامية فولات سرطانية جديدة فالمرض لا يكون حقيقة انظما
بالكلية وان لم توجد هذه التولات لا يمكن التمييز بين تدبة التهامية سرطانية
وتدبة التهامية قرحية والموت يحصل عادة عقب ظهور التهوكة التدريجية
وحيث لا ينضم لذلك حتى فالترع يمتد عادة زمنا طويلا الى قرب الانتهاء المحزن
فيستقي المريض بجملة أيام على قيد الحياة وفي مثل هذه الحالة يصير اللسان مجرا
فيه ميل للجناف ويتعطى بواجبية ومع ذلك لا يندر ان يظهر عند المريض
قبل الموت بزمن يسير اوزيماؤلة متوترة في أحد الاطراف وهذا العرض
يتعلق بانسد ادى الوريد الفخذي ويدل على ان بطء الدورة أدى لحصول
تقعدات دموية فيه وأقل من ذلك حصول الموت عقب تنقب المساعدة وظهور
اعراض التهاب بريوتنى قتال بسرعة وأندرماد كحصول الموت بازدياد
التهوكة عقب التزيف المعدي القزير وقد يحصل الموت عقب ظهور
مضاعفات واستحالات سرطانية تابعة تسرع في حصوله

• (التشخيص) •

تميز سرطان المعدة عن نزولتها المزمنة سهل جدا في الاحوال التي يوجد فيها ألم
 في القسم الشراسبي وفي متكرور وخروج مادة مسودة شبيهة بدردي
 القهوة مختلطة بمواد التي خصوصا التي فيها يوجد ورم في القسم الشراسبي
 وأما الاحوال الجردة عن هذا الاعراض خصوصا عن الورم الذي يعتبره
 النهمير (الندال) علامة واصفة لسرطان المعدة فالتغير فيها بين هذين المرضين
 عسر جدا ومن المهم في حل هذه المسئلة من المرض وفيما عدا ذلك يمكن
 التمييز بينهما بمراعاة الحالة البنية العامة للمريض
 وكذا التمييز بين سرطان المعدة والقرح المزمنة لها تارة يكون سهلا وتارة
 عسرا للغاية حتى ان اثنين من مشاهير اطباء وهما (أبولسر) و (شولن)
 اختلف رأيهما في حالة مشهورة فقال أحدهما بوجود سرطان في المعدة
 والاخر بوجود قرح فيها وما ينبغي مراعاته في التشخيص التمييز هنا
 أمور منها سن المريض فان سرطان المعدة عند الشبان يكاد لا يوجد بالكلية
 ومنها مدة المرض فان طول مدة سنيين يمنع ان يكون سرطان في المعدة ومنها
 قوى المريض وحالة تغذيته فانهما في حالة قروح المعدة لا يتغيران الا قليلا
 ويبطء وفي سرطان المعدة يكون تغيرهما سريعاً وشديداً جدا ومنها صفة
 الآلام فان نوب الآلام المعدية العصبية الحقيقية تعلن بوجود قرح في
 المعدة أكثر من اعلانها بسرطان ومنها صفة الدم المنقذف مع التي فان
 العادة في قروح المعدة ان تخرج كمية عظيمة من الدم ولذا لا يكون متغيرا
 الا قليلا وفي سرطان المعدة لا تخرج الا كمية قليلة غالباً على شكل مادة مسودة
 كدردى القهوة ومع ذلك فقد شوهد في بعض أحوال السرطان المعدى في
 دموى غزير كما شوهد في بعض أحوال قروح المعدة المزمن خروج مادة
 مسودة عسيرة شبيهة بدردي القهوة ومنها وجود ورم في القسم الشراسبي
 أو عدمه فالوجود يكاد يثبت وجود سرطان المعدة فان الاحوال التي ينتج
 فيها عن القرح المعدية المزمنة ورم بسببهما كوجود المعدة وتكونات
 خلوية جديدة في محيطها من النواذر العظيمة جدا كما ان عدم وجود ورم في
 القسم الشراسبي لا يلزم منه عدم وجود سرطان معدى كما تبين على ذلك
 فعلى الطبيب أن لا يفساه

ومن النادر الجزم مدة الحياة بتعيين شكل السرطان المعدي المصاب به
المرضى والسرطان الهلامي الذي هو أندر أشكال سرطان المعدة حصوله
لا يتبرح وجوده الا اذا كان المرض ذا سير بطيء للغاية ويظهر في أثناءه
استقامته ويكاد يجزم بتشخيصه اذا خرج عند بزل البطن قطع سرطانية
ذات سمات من الغريب تعرف باللمس فان لم توجد هذه العلامات فالمرض
اما سرطان اسكيري ومي او فحاشي لكن كلما كان سير المرض حادا وكان هجيم
لورم عظيم او غومر بعارج ان التولد المرضي الجديد سرطان فحاشي
• (المعالجة) •

حيث ان المعالجة السميكية والمعالجة المؤسسية على طبيعة المرض لا يتأتى هنا
اتمامهما تقتصر على المعالجة العرضية فنقول
التدبير الغذائي ينظم على حسب القانون الذي يبنه في معالجة التزله المعدي
المرممة فان أمكن فحصول اللبن فهو أجود غذاء المصاب بالسرطان المعدي
وان لم يمكن فحمله وجب على الطبيب ان يوصي بتعاطي الامراق المركزة
وصغار البيض ونحوه ومن الجواهر المغذية لكن بمقدار صغير كل مرة وعلى
حالة مائلة او متخمة تجزأ دقيقا خصوصا عند وجود تضيق في البواب وان
يوصى باستعمال مقدار قليل من النيذ الاحمر والعادة ان المرضى تصممه
وعند كثرة التكوّنات الحمضية يجب استعمال القلوبان الكرونية والاحسن
ان تكون على شكل ماء الصودا وكثيرا ما لا تقرب الجواهر المذكورة فلا يتمتع
حصول التكوّنات الحمضية خصوصا عند وجود تضيق في البواب فيجب في
مثل هذه الحالة استعمال الحبوب التي اوصى بها المعلم (بود) الموجود في كل
حبة منها ربع نقطة او نصف نقطة من الكربوزوت واما استعمال الطلية
المعدية فنقول فيه ما ذكرناه في المبحث الثاني وعند وجود امساك المستعص
يؤمر باستعمال حبوب مركبة من الصبر وخلصة الحنظل وباستعمال
المسكن سيما المورفين لاجل مضاربة الاسلام والارق

• (المبحث الثامن في الاترفة المعدي) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الاترفة المعدي تنتج عن عدة اسباب منها غرق او عيسة هذا العضو المحترقة

أحبة أنا شديد أبودن أن يسبق ذلك تغير في منسوجها ومن النادر أن يشتد
الاحتقان التواردي الشرياني اشتدادا عظيما يؤدي لتفريق الوعاني ولا يحصل
ذلك أحيانا إلا عند اضطراب الحيض يقطع النظر عن الانزفة القلبية التي
تُشاهد في التهاب المعدة وكون نضج بيضة الاتنى وانقضاءها قد لا يكون
مرتبطا باحتقان تواردي وأنزفة في الرحم بل باحتقان تواردي في غير الرحم
من الأعضاء أمر محقق وإن كان توجيه متذرا وأكثر من ذلك مشاهدة
حصول الانزفة المعدية من احتقانات احتباسية وريدية في غشاء المعدة
المخاطي وأعظم هذه الاحتقانات الوريدية حصولا وأشدّها ما يحصل عند
ما يجيد الدم الوارد إلى الكبد عاتق في سيره ولذا تحصل الانزفة المعدية من
انسداد الوريد الباب بواسطة تعقدات دموية ومن الضغط الواقع على
تفرعاته عقب انكماش التسوج الخاوي لهذا العضو كما يحصل في سبب بروز
الكبد ومن تمدد المسالك الصفراوية عقب انسداد القناة الكبدية
أو الصفراوية ومن انسداد الأوعية الشعرية الكبدية بواسطة تدف
يجمتية كافي الحيات الأجنبية الخبيثة كما قاله الشهير (فرير كس) ومن
تلاشي الأوعية الشعرية الكبدية في المرض المعروف بالضعف والاصفر
للكبد ومن النادر أن يرتقي احتقان الغشاء المخاطي المعدى إلى درجة
عظيمة جدا عند ما يجيد الدم عاتق في سيره وقت مروره في تجويف الصدر كما
يشاهد ذلك في أمراض الرئتين والبالور والقلب والتأور بحيث أن هذا
الاحتقان المرتقي إلى الدرجة المذكورة يؤدي إلى حصول تفرق في بعض الأوعية
الشعرية ومع ذلك فقد شوهد أحيانا في مثل هذه الأحوال انزفة معدية ومن
هذا القبيل الانزفة التي تُشاهد عند بعض المولودين حديثا فإنه يغلب على
الظن أن هذه الانزفة تتعلق بالتدغير التام للرئتين وبالعائق الناتج عن ذلك
المانع لسريان الدم في الأوعية الشعرية المعدية

ومنها أن تتنج الانزفة عن تفرق في جدار الأوعية المريضة كتمزق بعض العقد
الدوائية أو استفاخ بعض الأورام الأنوريزماوية في تجويف المعدة ونسبة
التزيف إلى هذه نادرة والغالب أن ينسب هذا التزيف لتغير مرضي في جدار
الأوعية وأن لم يمكن رؤية ذلك لابلانظر ولا بالميكروسكوب ومن هذا القبيل

الانزفة التي تشاهد عند الأشخاص أصحاب سوء التغذية والانزفة التي تحصل عقب الامراض النقبية وفي مده سير الحصى الصفراء ونحوها من الامراض النقبية والانزفة التي تحصل عن رداءة المعيشة خصوصاً التي تحصل عن عدم اكل اللحوم الحديشة والخضراوات والتزيف حيثئذ يكون أحد ظواهر المرض المعروف بالاسكوربوت ولا يجوز في مثل هذه الاحوال اعتبار التغيير المرضي للدم سبباً لاسطى في النزيف المعدي بل واسطى بمعنى ان تغير الدم ينتج عنه أولاً اضطراب في تغذية جدران الاوعية فتحصل الانزفة

ومن هنا تنتج الانزفة عن تأكل في جدران الاوعية او غيرهما من اسبابها الجراحية ومن ذلك الانزفة التي تنتج عن القرحة المعدية المزمنة والسرطان المقروح وهذه تحصل نارة من اوعية شعرية وتارة من اوعية غليظة والانزفة التي تنتج عن اتساع اوعية المعدة عقب تأكل جدرانها بواسطة الكاوي من الجواهر او لاجسام الغريبة الحادة والانزفة التي تنتج عن تمزق بعض الاوعية عقب تأثير صدمة او ضربة على القسم الشراسبي

• (الصفات التشريحية) •

كثيراً ما بحث عن مذبح النزيف في لانزفة المعدية ولوا الغزيرة بلا فائدة فان الغشاء المخاطي يوجد أحياناً عقب هلاك المرض او بعد غسله باهنا خالياً عن الدم كبقية الجسم وأحياناً يحصل مع ذلك نزيف شعري في جواهر الغشاء المخاطي فتوجد فيه لطخ من رقة ضاربة الى الحمرة او سود حمرة يرشح منها بالضغط اللطيف عليها دم وهذا الارتشاح الدموي القاصر على بعض الاصغار من الغشاء المخاطي يؤدي عادة لحصول لين سطحي وسقوط الاجزاء اللينة وبهذه الكيفية تتكون انبعاجات سطحية لا تنضج الا بعد زوال ما علم من الجزيئات الدموية المسعرة الوسخة الملتصقة بها غالباً وهذه الانبعاجات الطبيعية الدامية التي سميت بالتسلطات النزيفية ذات عدد عظيم والواحد منها ذو قطر صغير وشكل مستطيل او مستدير ومجملها في العادة أعلى الثنيات المستطيلة التي تتكون في الغشاء المخاطي هذا اذا كان التآكل مصيباً لوعية غير غليظة وأما اذا كان مصيباً لوعية غليظة بسبب قرحة

معدية مزمنة او سرطان معدى او كان التزيف آتيا من انقباج ردى الى او ورم
أثور يزماوى فانه يمكن الوصول في كثير من هذه الاحوال الى قصة الوماء

المصاب

ثم ان الدم المتراكم في المعدة قد يكون جلطامة لينة محمرة متى كان هلاله
الشخص عقب التزيف حالا وكان ذا كمية فزيرة وحصل انسكابه فجأة وأما
اذا كان انسكاب الدم بطيئا وبقي في المعدة زمنا طويلا بحيث أمكن ان يؤثر
فيه عصر المعدة ومحصلها الحمضى فان الدم يوجد مسمرا او مسودا واذا كان
التزيف قليلا فلا توجد في المعدة الا شربة متفرقة مسودة وندف او مواد
حبيبية شبيهة بذردي القهوة

• (الاعراض والسير) •

نزيف المعدة متى كان قليلا الفزارة ولم ينقذ منه شي بواسطة التي يستحق
عالمها مدة الحياة ولا يعرف فانه يحصل في الفترة المعدية الحادة طبعا المشاهدات
الطبيب (يومن) نزيف قليل في المعدة يدرجدا أن يحصل فيه في من مواد
مخاطية مدمجة كما يندرد ان الازفة الشعرية التي كثيرا ما تصب التزلات
المعدية المزمنة والسرطان والقرحة المعدية كما ثبت ذلك في الصفات
التشريحية تؤدي لحصول التي الحموى ولذا لا تعرف مدة الحياة الا بالندرة
وهناك أحوال يدل فيها اختلاط الدم ولو قليلا بمواد التي على وجود نزيف
معدى مادام الطبيب محققا أن المريض لم يزد ردد ما قال في الحموى في مثل
هذه الاحوال هو العرض الوحيد للمرض المعدى غالبا وذلك كما يشاهد كل
يوم عند المرضى المصابين بسرطان في المعدة حيث لا تصح حالهم ولا تتناقل
عقب في المواد المسودة الشبيهة بذردي القهوة

وأما اذا كان الدم المتسكب في المعدة غزيرا فالغالب ان يسبق التي الحموى
اعراض مرضية تكون ناشئة عن امتلاء المعدة من جهة ومن فراغ الاوعية
الحموية من جهة أخرى وهي احساس المرضى بضغط في القسم الشراسبي
بحيث يحصل لهم ذلك الى رفع الثياب عن البطن والتضخيم والنفوق وامتقاع
اللون وصغر النبض وبرودة الجلد ثم ظهور شر وأمام العينين وطنين في الأذنين
ودوار في الرأس او وقوع في الانغماء وقد شاهدت جراحا فاصدا والدنه في مثل

هذه الحالة ظاهرا انها مصابة بالسكتة المخفية لكن الأشخاص أقوياء البنية لا توجد عندهم ظواهر الانغماء فتكون السوابق المرضية فيهم قاصرة على الاحساس بالضغط والامتلاء في القسم الشراسبي

وبعد استقرار التنوع ز مناه متفاوتا في الطول مصحوبا باحساس بصعود سائل قاتر في البلعوم غالبا وبطعم حلو أو تنفخ في القم يحصل في مشيديد يتخفف به من القم والانتف مواد دموية سائلة أو متعقدة ذات لون أحمر داكن أو ضارب للسواد يحصل منه للمريض فرع ورع زائدان عن الحد وكثيرا ما يصل بسير من مواد دموية إلى الخنجرة فتخرج السعال عند المريض بحيث يخرج من المريض في أثناء دم ايضا فيظن فيما بعد انه أصيب بنفخ دموي ولا يدري هل خرج الدم منه بواسطة التي أو السعال ثم يعقب هذا التي الدموي خروج مواد معدمة مع البراز فان كان التزيف غزيرا خرج الدم من الاست بعد برهة قليلة والدم المتدفق منه يكون انذاك متكونا من مواد سود ضاربة إلى الخمرة كثيفة وأما اذا حصل اندفاع الدم الواصل إلى المعى بعد يومين أو ثلاثة من الاست فانه يوجد مستحسلا إلى مادة مسودة قطراية ومن الاحوال الاستثنائية خروج الدم المتسكب في المعدة مع البراز بدون ظهور التي الدموي ولذا اذا حصل لمصاب بقرحة معدية من منة انتفاخ وجمانة في الوجه وانفخ في ذمن يسير مع ذلك اعراض تنسب إلى الانزفة الباطنة ويجب على الطبيب ان لا يقرط في رؤية المواد الثقيلة جملة مرار

ثم ان التزيف المعدي قد ينتج عنه فقد جملة أو طال من الدم في ذمن يسير فيعسر المريض وان كانوا أقوياء البنية انتفاخ عظيم في اللون وبرودة في الجسم وميل للانغماء فاذا ثقل عليهم الحال جدا اعتراهم أبضاهة وعوسد في الابصار ودوار عند ارادتهم للجلوس أو رفع الرأس أو انغماس شديد عند ارادة القيام

والانغماء وان كان عادم من الاعراض المتفرعة بعد المرضي ومن حولهم من لا يارب ذواتا غير جيد في سير النوبة اذ به يقف التزيف وقياسا فتصل مساعدة على تكون التعقدات أو السدد الدموية والذي يظهر ان سير هذا المرض الجيد يتعلق بهذه الظاهرة غالبا مهما كان الفرع الذي يترب على

رؤية المريض وهيئته والواقع انه لا يهلك بالتزيف المعدي الاقليل من المرضى
عقب الفقد الدموي والاختناق من وصول الدم الى الخنجرية والغالب ان
يزول النقي الدموي ويمتنع الدم من البراز شيئا فشيئا والنقاة تحصل ببطء بعد
ان كانت المرضى الممتنعون بالكليية في نموك عظيمة ويأس من الحياة مدة
طويلة وفي أثناء النقاة المذكورة تبقى المرضى زمنا طويلا فاقدين للشهية
ويشكون بتجشئ منتن وطعم كريه جدا وحيث ان فقد الدم العظيم يستعاض
ابتداءا بمصاص الماء تشاهد المرضى في الاحوال الشديدة في حالة مبوعة
في الدم وفي حالة استسقاءية غالبا لكن هذه تزول فيما بعد ولو ببطء وتشفى
المرضى شفاء تاما

وهناك احوال فيها تهاك المرضى من غزارة الدم النازف قبل ان يتقذف من
الاعلى او من الاسفل ويتصور حصول ذلك متى سقط مريض فجأة وهلك
بأعراض الاثرقة الباطنة وكان مصابا من قبل بأعراض القرحة المعدية
المزمنة او السرطان المعدي

• (التشخيص) •

حيث ان المريض المصاب بالنفث الدموي يعتبره مع ذلك تقابوا والمصاب
بالبقي الدموي يعتبره مع ما ذكره من كسرعال يعسر في كثير من الاحوال تمييز كون
مرضه نزيفا معديا او رئويا او شعبيا خصوصا اذا كان الطيب وقت الاصابة
غير حاضر او كان الغرض معرفة نزيفه حصل من قبل بعدة سنين والتشخيص
التمييزي يقبى هنا على أمور

منها صفات الدم المتقذف فان الدم الخارج باقى يكون في غالب الاحوال
داكنا مسودا كليا محتلا طائفة بالمطعومات والقرص الدموي الناتج عنه
غير المحتوى على فقاع هوائية يكون ذا ثقل نوعي متزايد وخواص حمضية
احيانا بسبب تأثير العصب المعدي فيه وأما الدم الآتى من الرتين او الشعب
فيكون بعكس ذلك أجربا صاعرا غويا محتلا بمواد مخاطية غير منهقدة في
الابتداء ثم متى انعقدت تكون منه قرص دموي كان هذا القرص محتويا على
فقاع هوائية ذات ثقل نوعي خفيف وخواص قلوية دائما وليعلم الطيب مع
ذلك ان الدم الذى لم يمتكث في المعدة الا زمنا يسيرا بحيث لا يؤثر فيه العصب

المعدى الاقليل قد يكون أحمر فانيا كما ان الدم في النفث الدموى كثيرا
ما يكون نحو وانتهما سير المرض ذاقطع صغيرة مسودة ومنها ان الدموى
يسبقه في أغلب الاحوال آلام معدية وغيرها من بقية اعراض التقرح او
السرطان المعدى او علامات احتقان في كافة اعضاء البطن في الاحوال
النادرة التي فيها يكون النزيف ناتجا عن احتقان احتياىى او يوارى
واما النفث الدموى فيكون عكس ذلك مسبوقا باضطراب في اعضاء التنفس
والدورة غالباً ومنها ان ذا الادراك من المرضى يتسره الاخبار بان الدموى
لذى حصل ابتداء ثم انضم اليه السعال فيا بعد او بان كلام من النوع
والغثيان والقيء هو الذى اعقب السعال الدموى ونج عنه ومنها ان القرع
على القسم الشراسيقي في الدموى يدل في الغالب على امتلاء المعدة
بخلاف البعث الطبيعى بالقرع على الصدر والسمع فلا يدلان على تغير فيها
واما السعال الدموى فالقرع فيه على القسم الشراسيقي لا يكسب صوتاً
اصم وبالسمع على الصدر تسمع خراخير واضحة هذا اذا لم توجد غير هذه
العلامة من اعراض الصدر ومنها ان الدموى يعقب في اليوم التالى
على الدوام برزات مدمجة واماً السعال الدموى فيعقبه عوض ذلك نفث
مخاطي مدم ثم انه لا يعرف من صفه الدم المتخذ بالقيء او البراز كونه ناشئاً
حقيقة من المعدة أو لا وانما وصل اليها بالازدراء فينبغي في مثل هذه الاحوال
المشكوك فيها سيما ان الدموى الذى يزعم المريض وجوده في الصباح عند
البقطة من النوم البحث عن الاتف والبلعوم بالدقة والسؤال من المريض
هل كان عنده في اليوم السابق على يوم حصول الدموى رعاف أو لا
والبحث بالدقة عن السوابق المرضية قد يوصل الى الوقوف على الحقيقة سيما في
الاحوال التي فيها يتوقع حصول الغش والدعوى الكاذبة كما يقع من
أصحاب البهتان والتحصيل فان عادتهم أن يبالغوا في وصف الاعراض التي
سبقت الدموى المدعى عداوتهم والتأمل في اقوالهم المتنافية
يمكن الوقوف على الحقيقة

واما كون المواد الخارجة بالقيء من الدم حقيقة او عما يشبهه فمرقتة سهلة
غالباً وان احتلط الحمال في بعض الاحيان على بعض الاطباء فاختلطت حيث

اعتقد ان الشوربة المصنوعة من ثمر الكر زدم فان الكرات الدموية تسهل
معرفتها بالميكروسكوب وان كانت في المواد المسودة الشبيهة بدردي القهوة
التي فيها هذه الكرات تكون متكسرة ويندر ان يلتجأ الى البحث الكيماوي
في اثبات وجود الحديد في المواد المسودة ومعرفة كونهما ليست الا دما
متغيرا

وعما تسهل معرفته كون التزيف المعدي متعلقاتها كل في اوعية غليظة
او يقرق في اوعية دقيقة شعرية فانه يقطع النظر عن غزارة التزيف في الحالة
الاولى دون الثانية اذا اعتبرت السوابق المرضية كفت في الوقوف على
حقيقة الامر فحيث كان التزيف المعدي مسبوقا بالام معدية شديدة
وتقايى مزمن ونحو ذلك من علامات التفرح المعدي دل ذلك على تأكل
وعاء غليظ كما هو السبب الكثير الحصول في الانزفة المعدية واذا ظهر عند
المريض قبل التزيف الدموي استسقام في وعظم في جهم الطحال ونحو ذلك من
علامات الاحتقان الاحتماسي في مجموع الوريد الباب غلب على الظن ان
التزيف من اوعية دقيقة شعرية صغيرة متعلقة باحتقان وريدي تفهقري
ومتى حصل التزيف في احوال قطع الطمث على طر زمنتظم بان كان يظهر كل
اربعة اسابيع تعين انه ناتج عن احتقان قوى تواردي نحو المعدة

• (تنبيه) • عندي من مشاهداتي ما ثبت حقيقة هذا الامر اعني حصول
الاحتقان التواردي الثرياني في الغشاء المخاطي المعدي والتي الدموي
تبعا لذلك في اثناء زمن الحيض وهي ان شابة جيدة القوسها نحو ٢٧ سنة
يحصل لها في اثناء كل حيضة في دموي معسوب بالام معدية شديدة يستمر
تكرره عدة ايام ثم يتعطل بدون ان يترك ادنى اثر وفي اثناء ذلك لم يشاهد
مطلقا خروج الحيض وقد تكرر نوبة التي الدموي مع الالام المعدية
الشديدة والانغماس ونحو ذلك نارة بقوة ونارة بطفة وهذه الشابة نعت
مشاهدتي من نحو احدى عشرة سنة ولم تزل تتردد هذه الظاهرة كل اربعة
اسابيع تقريبا

واذا حصل التزيف المعدي مدة سير الحى الصفراء والاسكوروبوط
او نحوها من امراض النفوكة تعين انه ناتج عن تغبر غداني في جدران الاوعية

• (الحكم على العاقبة) •

قد ذكرنا فيما تقدم أن من التادور ذلك المريض بالتزيف المعدي وأنه ينبغي الحكم بالسلامة وإن كان لون المريض معتقعا جدا واستطالت نوب انغماسه وإن من المشكوك فيه كون التزيف المعدي في أحوال خاصة ذات تأثير جيد في المرض الأصلي الناتج منه ذلك التزيف خصوصا القرحة المعدية فإن المصاب بها قد يوجد به نزول القدر الدموي معتبا بصفة أجود من صحتة التي كان عليها سابقا وما ذاك إلا لشدة احتراسه في التدبير الغذائي عقب حصول القرع وقت حصول نوبة التزيف والتزيف المعدي التلثي من احتقان تتهقرى قد يكون ذاتا تأثيرا في بقية اعراض الامتلاء الدموي البطني وأما التزيف المعدي الذي يصعب الاستكسور بوطا ونحوه من الامراض الضعفية فهو مضاعفة غير جيدة دائما

• (المعالجة) •

المعالجة الواقية والسببية في هذا المرض ترجع الى معالجة المرض الأصلي ففى وجد عند المريض المصاب بسيرور الكبد او نحوه من اضطرابات الدورة اعراض سابقة تنذر بحصول نزيف معدي ساغ ارسال العلق على الاستمع النجاح كما يسوغ ارسال العلق على فم الرحم زمنا فزمننا عند النساء المصابات باقتطاع الطمث ونزيف معدي دوري

وأما معالجة المرض نفسه فتستدعي في الاحوال التي يكون فيها التزيف المعدي متعلقا بقرق في الاوعية الدقيقة الشعرية استعمال وسائط لطيفة دون الاحوال التي فيها يكون هذا التزيف متعلقا بآكل في اوعية غليظة وقد اوصى الطبيب (باكش) في هذه الحالة الاخيرة بالقصد حال ابتداء التزيف لكن هذه الطريقة قليلة النجاح واذا لم تنجح زادت المرضي خطرا فاختار استعمال محجم الطبيب (بوندي) لكن لا يستعمل الا اذا كان التزيف لا ينتج عنه انغماس فان كان ينتج عنه ذلك فاستعمال هذا المحجم الجاذب للدم خطر اذ هو كاف في حدوث الانغماس وحده ولو عند اقوياء البنية واقوى الوسايط في التزيف المعدي استعمال البرودة فيؤمر المريض بتعاطي كمية قليلة من

الماء البارد والجليدي زماناً فزنا او يعطى له قطعة صغيرة من الجليد يعلبها
ويرزدها ثم تقطع القسم الشراسبي بمكدمات باردة او جليدية بتغير بسرعة
والجواهر المعتدة لا يطاق التزيف لا تحصل دائماً بل ~~كثيراً ما يتقايأها~~
المريض واكثر ما يستعمل من ذلك الجرعة الحضية الكبرى او محلول
الشب خصوصاً المصنوع على شكل معسل اللبن الذي يقال له معسل اللبن
الشبي وينبغي ان لا يعطى من هذه الادوية الا مقدار صغير في كل مرة مع
وضعه في الجليد واما اخلاط الرصاص وكبريتات الحديد والارجنتين فلا
حاجة لها

واما المعالجة العرضية فتستدعي ملاحظة الانغماء فينبغي وضع المريض
وضماً اقل في الفراش ويمنع من التوجه الى المراض وعند التبرز
توضع له القصارى فان حصل مع ذلك انغماء وجب تشيجه بماء المملحة او روح
النوشادر ويرش على وجهه الماء البارد وينبغي الاحتراز في استعمال
المنعشات واجودها استعمال نبيذ الشبانيا البارد لانه لا يوقظ حركة
التي كبقية المنعشات وانصب الاعراض للمريض الميسل الدائم للقيء الذي
يجب نوب الانغماء او الذي ينتج عن الدم المحتوى عليه المعدة وينبغي في
مضاربه الاحتراز من استعمال المنعشات والاجود استعمال الان
توضع اللج الخردلية على قسم المعدة وتعطى المسهلات الغازية بمحاولة في
الماء ملعقة ملحقة وقد حصل الاصابة باستعمال الحقن والمسهلات الحقيقية
المربطة ترطيباً عامياً في هذا المرض من منذ ان نص الشهير (فرنك) على
وجوب استعمالها حيث قال انه ينبغي استعمال المليئات في التزيف المعدي
خوفاً من ان التزيف المتعيس في الامعاء ينتج عنه حیات عضة لكن قد دلت
التجارب على ان المسهلات ولو حقناً مضمرة في الايام الاولى من حصول
التزيف المعدي

(المبحث التاسع)

(في التشنج المعدي والالام المعدي العصبي)

(كيفية الظهور والاسباب)

الالام المعدي العصبي عبارة عن آفة معدية مؤلمة غير متعلقة بتغير جوهري

مدرك في المعدة وقد قسمه الشهير (رومبرغ) الى شكلين احدهما ناتج عن نوران في حساسية العصب المخبر والاخر ناتج عن نوران في حساسية الضفيرة الشمية ويسمى الاول بالام العصبي المعدى فقط والثاني بالام العصبي البطىء لكن هذا التقسيم غير مجد في الطب العملي اذ لا يتيسر معرفة كون الباف العصب المخبر او الضفيرة الشمية بجمل اللام وقال الطبيب (هينوك) ان هذا التقسيم وان امكن عقلا لا يتيسر تحقيقه في الطب العملي

ثم ان الام العصبي المعدى كثير اما يشاهد كغيره من الالام العصبية عند الأشخاص الانبياء وبين اى قبلى الدم ومتى زالت الانبياء واسطة الاستبضلات الحديدية عند الشابات المصابات بالخلل ووزن الاثني يكون عندهن نوب الالام المعدية العصبية متفاوتة الشدة من الظواهر اللازمة لهذه الحالة زالت ايضا الالام المعدية العصبية ولومع بقاء تقطاع الطمث ومتى عاد الخلل ووزن لكونه كثيرا النكسات تردت نوب الالام المعدية العصبية ايضا وهذا اقوى دليل على ان نوب الالام العصبية متعلقة فقط بالانبياء الدموية وابست كالالام العصبية الاستبرية المتعلقة بمرض اعضاء التناسل ومن قبيل الالام المعدية العصبية الناتجة عن الانبياء الالام المعدية العصبية التي لا تدر مشاهدتهم عند المصابين بالسل الرئوى والناقمين والمنهوكين من جلد عميرة (الاستئمان بالكف)

وكثيرا ما تنتج الالام المعدية العصبية عن امراض الرحم كحصول هذا العضو وانحنائه والتهاباته المزمنة وقروح عنقه النزلية والجرامية او عن امراض المبيضين فان هذه الالام المعدية العصبية من الاعراض الكثيرة الحصول في الاستبريا بالرجمية وارتباط المرض الذي يقطن بصدده اى التشنج المعدى باامراض اعضاء التناسل الاثوية يكثر وضوحه في الاحوال التي فيها لا يحصل النوب الامدة الطمث واقله انهم ازداد مدته ازدياد اعظما جدا وقد شاهدت امرأة كانت مصابة باقتطاع الطمث وانقلاب الرحم الى الخلف مع تقرحات نزلية في عنق هذا العضو فكانت نوب الالام المعدية العصبية تتردد عندها مع الانتظام كل اربعة اسابيع وتسمر النوبة مدة ثلاثة ايام وما كانت تحصل

في زمن الفترات الا عند ارسال العلق على عنق الرحم
وقد تكون الالام المعدية العصبية متعلقة بامراض في الصفاق الشوكي
او الدماغ ويظهر أن التغيرات المادية للعصب المتغير او العظم السجاني
كاستفاح غدها والاورام الضاغطة عليهما ينتج عنها الالام عصبية معدية قياسا
على ما يحصل في غيرها من الالام العصبية غير المعدية وان لم يمكن اثبات ذلك
على الدوام بالمناهدات التشريحية الدقيقة

وقد تتعلق الالام المعدية العصبية بالديسكرازيات المختلفة اى سوء التقنية
المختلفة اذ من الجائز ان تسهم الدم بالتصعدات الارجية يحدث نوب الالام
معدية عصبية بدل ان يحدث نوب حتى متقطعة كما انها قد تتعلق بالاصابات
التقرسية نبيه على ذلك مع التاكيد الشهير (روبرغ) فانه اعتراه نوب
شديدة من هذا المرض عند حصول اول نوبة تقرسية

وقد لا يمكن معرفة السبب الاصلى للالام المعدية العصبية الممتدة بجملة سنين
لامدة الحياة ولا بعد الموت في الصفة التشريحية

ومن جهة الالام المعدية العصبية نوب الالام المعدية التي تنتج بكثرة عن
بعض مخصلات المعدة يدون تغير ماذى في منسوجها وهذا ينطبق عليها
التعريف الذي ذكرناه ومن هذا القبيل نوب الالام المعدية العصبية التي
تنتج من ازدياد في التكوينات الحسية للمعدة ومن وصول الديدان الاسطوانية
اليها ومن تعاطى بعض الجواهر الدوائية ومن شرب الماء البارد دفعة احياها
ونحو ذلك من الاسباب

• (الاعراض والسير) •

الالام المعدى العصبى يتميز كبقية الالام العصبية عن غيره من الامراض بسيره
الدورى بمعنى ان يعقب الفترات التي بين نوب الالام نوب شديدة بالغة
الغاية قد تكون منتظمة الطرز بمعنى انها تقصص في ساعات معينة من النهار او
في كل يومين او ثلاثة وقد وصف الشهير (روبرغ) نوبة الالام المعدى العصبى
بكيفية مختصرة فقال ان المريض يصاب فجأة او بعد ان يحس بضغط في القسم
الشراسيقي بالمشد يدغمز في حفرة المعدة تمتد عادة نحو الظهر ويصطب
باحساس بانغما وتال في الحصة وبرودة في الاطراف وينبض صغير متقطع

ثم يرتقى هذا الألم في الشدة ان تقام عظيما بحيث تصرخ منه المريض وقسم
المعدة تارة يكون متنفخا استقفا متوترا كزيا وتارة وهو الغالب يكون
منقبضا مع توتر في جسد البطن وكثيرا ما يحس حينئذ نبضات شريانية في
القسم الثمراسيقي والمريض يتحمل الضغط على قسم المعدة بل قد يسند
قسم المعدة بقوة الى جسم صلب أو يضغط عليه بيديه وقد توجد بكثرة في
أثناء هذه النوب احساسات مؤلمة في تجويف الصدر أو أسفل القص أو في
القروع البلعومية للعصب المتحير وأما وجود احساسات مؤلمة في الظاهر
فنادر

ثم ان النوبة تتقدم دقائق الى نصف ساعة ثم يأخذ الألم في التناقص تدريجيا
ويختلفه انطماط عظيم في قوى المريض وقد يزول دفعة عقب تجشئ غازي
أو قلص أو قيء أو عرق خفيف أو بول محمر

وقد يشاهد خلاف هذه النوب الثقيلة من الألم المعدي العصبي بكثرة نوب
خفيفة من آلام معدية معينة مغايرة لهذه متفاوتة الشدة ومتعاقبة كذلك
بفترات خالية عن الألم لا تزداد بالضغط من الظاهر ولا داخل المعومات بل
تتناقص بذلك وتكون ايضا مصحوبة باحساسات مؤلمة في الصدر والظاهر
وحوكان انعكاسية في عضلات البطن ولحموها وهذه النوب لثقلها
لا يوجد فيها احساس بالانغماء ولا تهديد بفقد الحياة وقد سماها الشهير
(روبرغ) بالآلام العصب المتحير تميزها عن الآلام العصبية المعدية
للضغرة الشعبية

(التشخيص)

صفة الألم وحدها لا يعتد عليها في التمييز بين نوب الآلام المعدية التي تعصب
القرحة المعدية والنوبة التي تطرأ في الآلام المعدية العصبية لاعصاب المعدة
فاننا شاهد في الأولى امتداد الألم ونشعه نحو الظهور والصدر وانطماطه
عقب التجشئ أو القيء أو القلس وتأثيره الخجودي على سائر وظائف جسم
المريض كما نأشاهد ذلك في الثانية ومن المهم في التمييز بين هاتين الحالتين أن
تراجع أمور

منها ان الآلام التي تظهر في القرحة المعدية تزداد غالبا عقب الضغط من

الظاهر وعقب ادخال الطعومات عكس ما يحصل في الآلام المعدية
العصية فان كلاً من الضغط من الظاهر وادخال الطعومات ينتج عنه تلطيف
فيها في الغالب ومنها انه يوجد في القرحة المعدية المزمنة مدة الفترة ظواهر
فساد الهضم ونحوها من علامات اضطراب هذه الوظيفة وأما الآلام
المعدية العصية فلا توجد فيها هذه الظواهر وعلى هذا لا تضرب التغذية
العامة فيها الا قليلاً بل قد توجد المرضى في صحة جيدة واضحة ما لم يكن سبب
الآلام المعدية العصية الانيميا ومنها ما يرجح ان المريض ذو طبيعة عصية
وجود انقطاع الطمث او التزيف الرجي او عدم العلاق او نحوها من
الاعراض التي تدل على مرض في اعضاء التناسل او وجود الخلل وروز
الواضح الا انه لا يعتمد على ذلك كل الاعتماد حيث ان المصاب بعرض من هذه
الامراض كثير اما توجد عنده القرحة المعدية ايضاً ومنها ان وجود
أعراض عصية في اعضاء غير المعدة يرجح أن نوب الآلام المعدية من طبيعة
عصية ومنها ان التشنج المعدي قد يحدث بدون اسباب معلومة ويطرأ غالباً
عند فراغ المعدة وأما نوب الآلام المعدية في القرحة المعدية فخصولها
يكون غالباً عقب الاكل

(الحكم على العاقبة)

الآلام المعدية العصية المتعلقة بالانيميا جيدة العاقبة ما لم تكن الانيميا ناتجة
عن سرطان او درن او نحو من الامراض الثقيلة العضالية والآلام
المعدية العصية المتعلقة بأعراض الرحم تزول عقب زوال المرض الاصل
عادة ان كان للصناعة حيلة في الوصول اليه ومعالجته وكذا الآلام المعدية
العصية الناشئة عن مؤثرات اجسية والمرتبطة بالتهابات مفصلية عاقبتها
جيدة ايضاً وأما الآلام المعدية العصية المتعلقة بأعراض في الدماغ
او النخاع والتي اسبابها مجهولة فمعالجتها كدلات نادرة

• (المعالجة)

اما المعالجة السببية فتستدعي عند الأشخاص الانيميا وبين والخلل وزيات
المبادرة باستعمال المركبات الحديدية مع الاقدام ومن الخطا البين والاعتقاد
القاسد في معالجة الخلل وزيات اخير استعمال المركبات الحديدية الى أن تصير

المعدة قوية على تحملها أى إلى أن تزول ظواهر فساد الهضم ونوب الآلام
 المعدية العصبية فان ظواهر اضطراب الهضم والآلام المعدية العصبية
 لا تزول بسرعة إلا عقب استعمال الجوهر الدوائى المصلح تركيب الدم وصفاته
 الحديدية او مر بكانه ومن الناجح فى مثل هذه الاحوال المياه المعدنية
 الحديدية كالمعالجة فى حمام بيرمونت ودرمبرغ وكودووا وأجود المربكات
 الحديدية كربونات الحديد السكرى وأجود تر كيب فى ذلك محبوب باود
 (وايراجع تركيبها فى معالجة الكلوروز) وأما الآلام المعدية العصبية
 لا يستجيبه فستدعى معالجتها السببية ارسال العلق على عنق الرحم او حتى
 لقروح الموجودة فيه بالجراجهنى او نحو ذلك مما سئذ ذكره فى امراض هذا
 العضو من الوسائط العلاجية فانها ناجحة للغاية فى مثل هذه الاحوال
 واما الآلام المعدية العصبية الناتجة عن التسممات الاجبية وعن التقرص
 فستدعى معالجتها السببية كذلك معالجة المرض الاصلى
 واما معالجة المرض نفسه فستدعى استعمال المخدرات وافضلها خللات
 المورفين فهى افضل من خلاصة البنج والبلادونا الممدوحين ايضا فى هذا
 المرض والعادة ان ينضم الى استعمال هذه الجواهر استعمال الجواهر
 المضادة للتشنج سيما الوالرياناى حيثشة الهروا الحليب والكستور يوم اى
 المستر وقد اوصى المتأخرون باستعمال مركب مصنوع من صبغة الجوز
 المقهى وصبغة الكستور يوم اجرامتساوية فيعطى منه مدة الوجة مقدار
 اثنتى عشرة نقطة كما اوصى ايضا باستعمال وسائط دوائية معدنية ككت
 ترات البرمونت وتترات الفضة وايدروسيماتات الزئبق لكن حيث ان هذه
 لا تستعمل وحدها بل منضمة الى المخدرات يكون تأثيرها الجيد مشكوكا
 فيه وقد اوصى الشهير (رومبرغ) لاجل مساعدة معالجة هذا المرض
 بتغطية قسم المعدة بلصقة من البلادونا أو من (الجلباتوم) اى الصمغ
 الراتنجى او بذلك هذا القسم مخلوط مركب من اوقية من مخلوط زيتنى
 بلسمى ودرهمين من صبغة الافيون

(تنبيه) قد شاهدت حصول الثمرة العظمى فى ايقاف نوب التشنج المعدى من
 استعمال محلول املاح المورفين فختنا تحت الجلد فانى وجدته فى تسكين

الآلام المعدية اقوى واسرع من استعمال هذا الجوهر الدوائى من الباطن
كما انه يستعمل بنجاح فى هذا المرض المورق عزوجا بالماتيزيا المكلسة
والزيموت على هيئة سقوف وايضا قلمدح فى هذا العصر الاخير يرموز
الباتسيوم بمقدار جر امته او جر امين كل يوم وعند اصطحاب هذا المرض
بالاغصاء المعروف بالذوار المعدى ينبغي ان تستعمل الجواهر الدوائية المزة
كتشرب المرو ونحوه والمياه القلوية

• (المبحث العاشر)

(فى الديسبسيا)

الديسبسيا كلمة يونانية مركبة من ديس ويصيا اى سوء الهضم او فساد
وطالما ذكرنا فى المباحث السابقة ظواهر سوء الهضم اى ظواهر اضطراب
الهضم لكن عقدنا هنا مبحثا مخصوصا وليس الغرض منه الا التكميل على
اضطراب الهضم الذى يحصل بدون تغيرات مادية مدركة فى منسوج المعدة
واشكال سوء الهضم المختلفة يمكن تقسيمها الى قسمين

الاول ان يكون ناتجا عن تغير غير طبيعى فى خواص العصير المعدى

والثانى ان يكون ناتجا عن ضعف فى حر كات المعدة يقتضى ان المطعومات
لا تختلط بالعصير المعدى اختلاطا كافيا وحيث ان الاعصاب ليس لها تأثير
فى الهضم لانه ظاهرة كيمياوية محضة سوى كونها اتنوع افراز العصير
المعدى او حر كات هذا المضاف لا تسكلم على سوء الهضم العصبى الامن هذه
الحقيقة فنقول التغير غير الطبيعى فى خواص العصير المعدى اما أن ينتج عن
تغير فى صفات هذا العصير واما عن تغير فى كميته فاما تغير الصفات فلا نعلم منه
الا ليسر جدا كالتغير الناشئ عن عدم تناسب بعض اجزائه الطبيعية مع
البعض الآخر كتناقص حمض العصير المعدى بالنسبة لغيره من اجزاء هذا
العصير فانه يضعف خاصية اذابته للعناصر الاولية من الجواهر الغذائية
وكاختلاطه بجواهر غريبة كما ثبت ذلك عند حصول التسمم اولى فان
ذلك العصير وجد مختلطا بالبولينا عند احتباس البول وكغير هذا العصير
باسباب مختلفة فقد بد بعض اجزائه وتعرضها لاجزاء اخرى
والاعراض التى تنشأ عن تغير فى صفات العصير المعدى مجهولة لنا بالكلىة

كما ان الوسايط التي يعالج بها الاحوال المذكورة غير معروفة لنا ايضا
 واما تغيرات العصير المعدي بالنسبة لكميته فهي تناقص تكون العصير
 المعدي اوقلة تركزه والاحوال المرضية الناشئة عنها تسمى خطا بوز
 الهضم الضعفي وقد ذكرنا في كلامنا على اسباب لثقل المعدي ان تناقص
 مرور العصير المعدي اوقلة تركزه اي رقيقه جدا ان عند الاشخاص القليلي
 الدم اي الانيميا وبين والشابات المصابات بالخللوروزو ايضا هناك ان هـد
 الغير طبيعي يزيد في الاستعداد للاصابة لثقل المعدي بسبب سهولة
 فساد الطعومات وتخللها وان متوصلاتهما تحدث تيجا شديدا في الغشاء
 المخاطي المعدي وقد كرهنا زيادة على ما سبق انه لا يحصل مرض في الغشاء
 المخاطي المعدي في جميع الاحوال التي فيها يعتري الطعومات فساد وتخلل
 وانه ينبغي تمييز الاحوال التي فيها يبي الغشاء المذكور سليما عن الاحوال
 التي فيها يصير ذلك الغشاء مريضا والواقع ان الاعراض التي تنتج عن تناقص
 فرار العصير المعدي ذات مشابهة عظيمة للاعراض التي تشاهد في الثقل
 المعدي بل والقرحة المعدي المزمنة اذ في هذا الشكل من سوء الهضم تكون
 الشهية متناقصة او يعبء تعاطي القليل من الطعومات احساسا بالشبع
 وفيه ايضا يحصل استفراخ في القسم الشراسبي عقب الاكل فيه عقب كل ذلك
 تحسوز وغازات او قل من غازات او سائل حضية رقيقة والمرضى تشكوا
 بقرقرة في البطن وتكون في حالة كآبة وضجر ويقطع النظر عن الآلام
 لعصية القوادية التي تشاهد عند الانيميا وبين والخللوروزيات يمكن ان
 يحصل من ازدياد تكون الحماض في العصير المعدي آلام تقلصية في القسم
 المعدي (نقد شاهد العلم فرير كس في المواد المتنفذة بالقي عند الخللوروزيات
 كية من حمض الخليك ومعدا اعطيان من فطر الضمر) وفي مثل هذه الاحوال
 يقع الاشتباه فيظن ان المريض مصاب بقرحة معدية مزمنة واعلم ان
 تشخيص شكل سوء الهضم الذي نحن بصدده مؤسس على معرفة الاسباب
 فحي انضمت العلامات المذكورة في الشابات المصابات بالخللوروزو هن
 في زمن النور وعند الاشخاص المنهوكين من الافراط في الشهوات سيما جلد
 عبرة او من الحزن المستطيل او الجهود الشاقة او السهر الكثير او زمن

النفاخ من امراض ثقبية مستطيلة واما ~~ممكن~~ اثبات وجود اضطراب
التغذية قبل اضطراب الهضم دل ذلك على وجود سوء الهضم الضعفي لاعلى
تغير مادي في المعدة ويعتمد في التشخيص ايضا على هيئة اللسان فانه في النزلة
المعدية يكاد يكون دائما متغطيا ومعه علامات النزلة القوية بخلاف هيئته
في احوال سوء الهضم المذكور عند الانخفاض الانجابي وحين فانه يكون
ظليفا وطعم القم غير متغير والنفس غير كربة الرائحة ويمكن في كثير من
لاحوال معرفة التشخيص بأن الجواهر المهيجة والمتبلة بالاغذية التي تزيد
في مكابدة المريض المصاب بالنزلة المعدية المزمنة او بقرحة معدية يعملها
المريض اذا كان مصابا بسوء الهضم الضعفي ويحصل له تحسين عظيم في
لتواهر المصاحبة لهذا المرض

ويحصل زيادة عن ذلك في سوء الهضم الناشئ عن الانجاب والادريما نجاح
عظيم جدا من تحسين التغذية واعطاء المركبات الحديدية واستعمال
الحامات البهرية مع أن هذه الجواهر ليس لها الا أثر قليل جدا في سير العلة
المعدية المزمنة واثرة المعدية وفي بعض احوال من هذا القبيل سيما التي
فيها يكون سوء الهضم مرتبطا بتجع عظيم وزيادة حساسية في المعدة يحصل
نجاح عظيم من استعمال الادوية التباتية المرة المقوية لاسيما الخشب المر
وحشيشة الديسلر ومن المنهزم علينا تأثير هذه الجواهر في القضاء الخاطي
المعدى وكذا تأثيرها الجيد في احوال سوء الهضم فان هذه الجواهر الدوائية
وان كان لها تأثير مهيج في اعصاب الذوق الأم لا تأثير لها اصل عند وضعها
على باقى الاعشية المخاطية من الجسم والجلد الظاهر ويستعمل الخشب المر
منقوعا باردا بالتعطين وذلك ان يوضع من هذا الخشب بهد تجزئته جيدا قدر
ملحقة وقت المساء في كوبية ماعوية تترك منقوعة فيه مدة الليل ثم يشرب صباحا
على الريق بعد تصفيته او يشرب الماء الموضوع في كوبية مصنوعة من
الخشب المر بعد تركه فيها مدة من الزمن حتى يتصل بخواص هذا الجوهر
الدوائي المر واما حشيشة الديسلر فالغالب استعمالها على شكل البوزة
لباقرية نسبة لبلاذ البافيرا المستعملة بكثرة بشرط ان يكون اخذها من
معمل بوزة جيد بحيث لا يوضع بدلها جواهر اخرى مضرة عوضا عنها وقد

شاهدت منقعة عظيمة في سوء الهضم ذي الشكل المهيبي من استعمال خلاصة الشعير النابت بل واحيانا كان هذا الجوهر الدوائى الغذائى هو الوحيد الذى كانت تحصله المعدة ومن الجائز ان الجوز المسمى المدوح ايضا في مثل هذه الاحوال يؤثر جيدا بسبب مرارته والمستعمل منه في احوال سوء الهضم خلاصته المائتة من نصف قنينة الى قنينة في كل مرة وكذا خلاصته الكوكبية من ربع قنينة الى نصف قنينة وصيغته من عشر فقط الى اثنتى عشرة نقطة

وقد شوهد ايضا التناقص في افراز العصير المعدى والاعراض التابعة له عند الأشخاص الذين ضعفت عندهم حساسية الغشاء المخاطى المعدى لاعتيادهم على مهيجات قوية متى تغيرت معيشتهم وتناولوا اغذية غير متينة بالاغذية تبشيرا قويا ولا يصح انكار تعود الاعضاء على المهيجات الشديدة ولو ان توجيه ذلك يحسر فم يمكن تشبيه الغشاء المخاطى المعدى في الأشخاص المعتادين على تعاطي كمية عظيمة من القليل او الخردل او ما مائل ذلك من الاغذية القوية بالغشاء المخاطى الاثنى لمعاد الشوق فانه اطيبه ولو قلنا لمن لم يده شه يورث عنده سر كان عظاما فكمكاسية قوية دون من اعتاده فانه يحصل لذلك وان ملا انفه منه هكذا افراز العصير المعدى ينفى اعتباره ظاهرة فكمكاسية ناتجة عن التهيج الذى تحدثه المطعومات في الغشاء المخاطى المعدى فعند الأشخاص الذين من بصلدهم لا يكتفى التهيج الذى تحدثه المطعومات لاعتيادية في الغشاء المخاطى المعدى في افراز كمية وامة كافية من العصير المعدى فيبقى جزء من المطعومات غير منضم فيفسد وحينئذ تشاهد جميع الاعراض التى شرحناها آنفا فاذا دخلت المطعومات مع كمية عظيمة من الاغذية حصل للمريض من ذلك راحة عظيمة فتقوى نفسيته وحينئذ لا يجوز لنا ان نلصقكم بأن المريض مصاب بنزلة معدية او غير هامة تغيرت هذا العضو المادية الا اذا حصلت اعراض اخرى تدل على ان المعدة لم تحصل تكر وهذه المهيجات بدون ضرر وينفى الاحتراس الزائد في معالجة مثل هؤلاء الأشخاص فلا يصح اهم بالاستمرار على عوائدهم المضرة لكن لا يمنعون عنها الا بالتدريج فان لم يتم ذلك هاتين القاعدتين تكون عند

المرضى بسهولة ثلاث معدية وفحودا من امراض المعدة
والجواهر المعدنية المدونة بكثرة في هذا الشكل من سوء الهضم المسمى ايضا
بسوء الهضم الضعيف هي الرانديوي على اما مسهوقا او حبوبا او صبغة مائية
حسوسا البليدية والاولى تعطى ملعقة فمعة والثانية تعطى من ٢٠ نقطة
الى ٣٠ وكذا عرق الذهب ادى مدح اياه الا يكثر بكثرة في هذا الشكل
ايضا فيعطى من من ربيع فمعة الى نصف فمعة كل مرة وكذا الجواهر الدوائية
لمرة المحتوية على زيوت طيارة واكثرها استعمالا وقيمة هو اكسير قشر
النارج المرصوب من ثلاثين نقطة الى اربعين
ثم انه يظهر أن سوء الهضم المشاهد عند الشيوخ فائى ايضا من تناقص في
افراز العصير المعدى اما لقله العناصر الضرورية لتكوينه ولتقص قابلية
التقبية العصبى للاعصاب المعدنية عندهم بحيث تضعف حر كات المعدة ومن
العسر جدا معرفة درجة اشتراك ضعف تغذيته الطبقة العضلية للمعدة
وضعف حر كات في فساد الهضم في هذا الشكل والشكل السابق ويكنى التقبیه
على ان ضعف حر كات المعدة الناتج عن ضعف تغذيها يؤدي لحصول سوء
الهضم بسبب عدم امتزاج المطعومات بالعصير المعدى امتزاجا كافيا واما اذا
ازداد افراز العصير ازدياد غير طبيعى فلا يشأ عنه في الواقع فساد في الهضم
لكننا مع ذلك نذكر الاعراض التى تنتج عن غزارة الافراز المذكور في المعدة
وهي فارغة فنقول من المشاهد أنه يحصل تقاير من تهيجات لا تصيب الغشاء
المخاطى المعدى بل غيره من الاعضاء المجاورة للمعدة سيما الحالبين والقنوات
الصفراوية والرحم وينسب ذلك عادة لحر كات انمكاسية والاجود أن ينسب
ذلك كما قاله الطبيب (بود) الى توران انعكاسى في فعل الاعصاب المنوطة
بافراز العصير المعدى وقد اثبت (امبلتسافى) في نفسه ان تهيج الحلق بواسطة
الذغذغة ينتج عنه قي ولومع فراغ المعدة من مواد سائلة حمضية فيها كفاءة لحل
العلوم اى هضمها وهذا يدل على ان تهيج الحلق تهيجا مفعائيا يكتا بنتاج عنه افراز
من عصير معدى ولومع فراغ المعدة وقد ذكر الطبيب (بود) ايضا انه يشاهد في
أحوال اختناق الحصىات الصفراوية والبولية في من مواد كثيرة الحمضية
وان كانت المعدة خالية قبل ذلك من المواد الغذائية وان الحمض المحتوى

عليه هذه المواد هو حمض الكلور ايدريك وهذا الامر هو وحصول
التأليف السريع في اعراض المعدة بواسطة اعطاء القلويات يدل غالباً على
ان بعض الاكلام وكذا التي كلاهما ناتج عن تهيج الغشاء المخاطي المعدى
بواسطة العصير المعدى المنصب فيها وهي فارغة ولذا اوصى هذا الطبيب
باستعمال القلويات السكرونية بمقدار عظيم في احوال المنص الناتج عن
الحصيات الصفراوية والبولية (بان يعطى منها قدر درهمين على ستة اواق
من الماء القاتر)

ويوجد عدد عظيم من الاطباء سيما في انكلترة وفرنسا يقولون ان وجود
حمض الاكساليك في الدم ينتج عنه نوع مخصوص من سوء الهضم مع ظواهر
مرضيه أخرى وان سوء الهضم لا يشي الا بشيء سوء التقنية الثاني من حمض
الاكساليك وحيث تتبع رأى هذا القائل بوجود سوء تقنية ثانياً من حمض
اكسالى ونوع من سوء الهضم المتعلق به من بعض الاطباء في بلادنا وصار
رفضه بأدلة قوية من آخرين من الاطباء فعلمنا أن بندي رأينا في هذه المسئلة
التي هي الى الآن لم تقبل بعبارة مختصرة فنقول

كثيراً ما يوجد في البول أثر من اكسالات الجير عند السليم بحيث ان هذا
المخ يعتبر مكوّن نوع استعماله بين العناصر الطبيعية من البول وغير
الطبيعية

وقد توجد بكمية عظيمة من هذا الملح في البول متى تعاطى الأشخاص بواهر
محتوية على املاح اكسالية بكثرة سيما بعض الخضراوات كالخيز وفصوص
وبالجمله فادى يظهر في البول هذا الملح بكمية عظيمة ظهوراً وقتياً عقب تعاطى
مشروبات محتوية على حمض الكربون كالشاي وما ملترس وماء الصودا
ونحو ذلك وفي جميع هذه الاحوال لا يحصل اضطراب في الهضم ولا اضطراب
بنى

ويتعكس ذلك في الاحوال التي يوجد فيها كمية عظيمة من اكسالات الكلس
في البول مدّة طويلة من الزمن فانه يكاد يوجد على الدوام في مثل هذه
لاحوال ظواهر مرضيه أخرى وعند بعض المرضى يوجد زيادة عن
اكسالات الكلس في البول بكمية عظيمة من الحيوانات المتويقة من المواد

المخاطية وذلك يدل تقريرا على ان كسالات الجير لا ينقرز في مثل هذه
 الاحوال بواسطة الكلوتين من الدم بل يتكون في البول في أثناء مكته في
 المثانة فانه من مندم ما أثبت كل من العلم جلوا وهو بسيلير انه لا يتبدان
 يحصل عظم في حجم بلورات كسالات الكلر (ذات الشكل ذى الثمانية
 أمطعة المسمى بشكل منظروف الجوابات) عند مكث البول زمنا طويلا فلا
 شك أن هذا الملح يتكون في البول بعد اقراره عقب انحلال المادة المخاطية
 غالبا فلذا ينبغي رفض القول بان هذا الملح غير القابل للذوبان المتكون في
 لقنوات البولية ذو تأثير مضر على المعدة وباقي أعضاء الجسم فان الظواهر
 المرضية المصاحبة لتكوينه في البول وهي الاضطرابات البنيوية العمومية
 وحالة الكآبة المالبغوليه وامتقاع اللون وفحوما يمكن توجيهها بسهولة
 بالسيلان المنوى والحالة النزلية في المسالك البولية وبالجملة يوجد عدد عظيم
 من الاحوال فيها لا يمكن نسبة تكون كسالات الجير الى انحلال البول
 المنقرز وفساده بل فيها تلجئ الى القول بنسبة ظهور هذا الملح في البول الى
 ازدياد تكونه في الدم اى الى سوء تقنية الكسالية فان قبل ما هي الامور
 المتعلقة بتكون هذا الملح في الدم بكمية عظيمة وظهورها في الاقرارات
 المنقذة من الجسم التي لا توجد فيها في الحالة الطبيعية الا آثار قليلة يقال ان
 المسئلة لم تصل الى الآن لكن من المعلوم ان تكون هذا الملح في البول بكمية
 عظيمة يشاهد بكثرة في انكلتره التي فيها يتغذى الانسان باغذية جيدة ويشرب
 مشروبات قوية زياذة عن المعتاد وان وجد في المانيا لا بد وأن يكون عند
 الأشخاص ذوى الثروة المفرطين في تعاطي اطعمومات الجيدة القوية وكذا
 المشروبات ومهما كانت قه ميلنا للنظريات الفسيولوجية الكيماوية فلا
 بد وأن نعترف انه من التريب للعقل القول بان بعين سوء التقنية الا كسالى
 والبول الا كسالى ارتباطا سيديا وانهما فاستبان عن تعاطي كمية عظيمة من
 الجواهر المغذية زياذة عن احتياج الجسم وتضرب صفحا في أحوال عدم
 التناسب عن كون متحصلات الاحتماق متعلقة بدرجة تاكس ضعيفة وعن
 كون ظهورها في اقرارات الجسم على هيئة الملح الا كسالى او البولى متعلقا
 بامور أخرى منبهة علينا

والذي أراه ان الأشخاص المستكسبين لسمن عظيم بسبب الاقراط في
المأكول والمشروب يقولون حافطين لصحتهم أكثر من الذين لا يتكسبون صنا
ولو كانوا معتبين بهذه المثابة ولا سيما أكثر من الذين يتناقص صحتهم مع القادى
على المعيشة المذكورة فان الأولين لا يشتكون غالباً الا بدرجة خفيفة من
عدم الراحة الناتجة عن تناقل جسمهم واما الآخرون فانهم يشتكون
غالباً باضطرابات مختلفة نفسها الاطباء تارة الى اعتقادات احتباسية في
الأوردة البوابة وتارة الى البواسير وطوراً الى حالة مرضية نفوسية
روماتيزمية أو نزلية وهذه المشاهدات تقرب من العقل ان محصلات التبادل
العنصري يعتمدها تغيرات في كثير من الاحوال عند وجود عدم تناسب
المذكور بين تعاطى الجواهر الغذائية واحتياج الجسم اذ لم يحصل
التعادل بواسطة تكوين الشحم وان المكابدات المرضية السابقة ذكرها
تتعلق بالتغذية غير الطبيعية في الاعضاء المختلفة وبالدم المتحصل لمحصلات
فضلية غير طبيعية من حيثية كيمتها وصفاتها وبعد استقرار كل من الكفاية
الاىوخندارية واضطراب الهضم والتربات الحلقية والشعبية والاصابات
المؤلمة للمفاصل ولا سيما المفاصل الصغيرة واتضح ظواهر مرضية مختلفة
مع التعاقب او الاستقرار يصير أمثال هؤلاء المرضى فاقدة لقواها باهنة اللون
لخفة الجسم بحيث انها تظهر في حالة تعرض ثقيل ولا يظهر في البول المترکز
الكثير الحمض تغيرات واضحة على الدوام لكن تكون في معظم الاحوال
رواسب بولية تظهر زمنافز مناشتمل على املاح بولية غزيرة وقد دلت
التجارب على انه من المضر عند مثل هؤلاء المرضى أمرهم بتدبير غذائهم
مع تعاطى الابذية والمركبات الحليبية والكيفية التي يلبثون الى استعمالها
ككل من تناقص قوى المرضى وامتناع لونهم وصفاقتهم بخلاف
استعمال مياه البنايس القلوية المحبة ولا سيما اذا أضف لذلك غسل الجسم
او التمشل بالماء البارد واعقب ذلك باستعمال الحمامات البهريه فانه ينتج
عنها نتائج جيدة للغاية وليس عندى تجارب عظيمة بخصوص البول الا كسالى
وسوء التقنية الا كسالى اكن بعض الاحوال التي شاهدها تشابه الاحوال
السابق شرحها وان لم تماثلها في جميع الاحوال حيث ان فيها عين الاسباب

السابقة وعين شكوى المرضى المتنوعة كثيرا والتي لم تكن مشابهة لشكل من الاشكال المرضية وعين الضعف والاسترخاء وانتفاخ اللون والصفاء والبول المتركز الحضي غالبا لا يحتوي على رواسب من املاح بولسية بل على بلورات من اكسالات الجير وتعا ذلك ترى من الصواب اعتبار سوء الهضم الذي هو عبارة عن ظاهرة مرضية من جملة الظواهر المرضية المنتشرة في سوء القنية المعبر عنه بالا كسالى نتيجة لاضطراب بنى عموى يظهر عند بعض الأشخاص المستعدين لذلك عقب المعيشة السابق ذكرها والى الآن لم نعلم حقيقة تعاقب التغيرات التي تحصل بين تماثل العناصر الغذائية وقذف بين يثبات الجسم الفضلية التي يعترها التغير بتأثير المؤثرات المضرة السابق ذكرها فيتكون عن ذلك متحصلات مرضية متفاوتة لكم والكيفية

ثم انه يوصى في معالجة سوء القنية الا كسالى وسوء الهضم الناشئ عن ذلك باتباع الوسائط التي ذكرنا كقوة تغذيتها في معالجة سوء القنية الا كسالى ولو أنها غير مماثلة لها بالكلية (والذي يضاد التماثل الكلى هنا هو وجود اكسالات الكلس فقط في أحوال الديابيز الاكسالى دون غيره من المتحصلات الانتهائية للتبادل العنصرى) واستعمال حمض النتريك (بقدر عشرين نقطة مرتين أو ثلاثة في اليوم) وتجنب جميع الاغذية المحتوية على سكر الموبى بكل منهما من اطباء الانكليز في أحوال سوء القنية الا كسالى يظهر أن كلامهم مبنى على فرضيات نظرية لا على نتائج عملية تجريبية

ومن الصواب قبل ان ننهي الكلام على سوء الهضم ان نتكلم على ظاهرة مرضية غريبة كثيرة الحصول أعني شكلا مخصوصا من الدوار سخاء المعلم (ترسو) بالدوار العدى فانه يعتبره ناشئا عن حالة سوء الهضم اذ يكاد كل طبيب مشغول بالطب العملى ان يكون شاهدا بجملة أحوال مماثلة بالكلية للصورة المرضية التي شرحها مع الايضاح الشهير (ترسو) ومماها بالدوار العدى كما يسميها العامة بذلك أيضا وهذا المرض الذي يكون مستطيل او مستعصيا جدا في أشهره يشهد غالبا بدون أن يسبقه هجوم ظواهر مرضية بكيفية خارقة للعادة فان المرضى تشتكى بغاية بعد أن كانت في حالة صحية بدوار شديد

فكانما المرببات المحيطة بها او مكانها هي نفسها اعتراها حركة دورانية
او قوجية وينضم لذلك احساسات غير طبيعية في الرأس لا يمكن المرضى ان
تعب عنها بالاسلام ولا تجد لفظا موافقا للتعبير والافصح عنها سوى ان يقولوا
باحساس فراغ في الرأس وبعض المرضى يحس بدوار او بضيق غير محدود
في الرأس او يجاز متصاعدا فيه وينضم لذلك غالبا شرأمام العينين وطنين
في الاذنين فخشى المرضى من الوقوع فتبصت عن صفراء رند كانت قد علمت عليه
وقطب الجلود والاسئلة امثله هذه النوبة التي فيها لون جلدة الوجه
يكون غيم متغير ومتنقع اللون بل غالبا بعد بعض دقائق وفي أثناء هذا
الزمن تسكون الاشخاص المصابون ومن حولهم من الاطرب في حالة رعب
عظيم وانتهاء هذه النوبة يكون في الغالب مصحوبا بشاؤب متكرر
او تجش غالبا

ومن الجائز ان مثل نوبة الدوار المسمى المذكورة تبقى الوحيدة لكن
الغالب ان تتردد في فترات متفاوتة الطول ومن المستغوب جدا تردد النوب
الجديدة باسباب واهية في الظاهر جدا كالنسي على ارض ملسا مستوية
او المرور على نحو قاطرة وكون المرضى لا يحصل لهم الدوار عند صدور
ما ذكر منى كانوا قابضين ولو على يد طفل ضعيف او متكئين ولو على عصا
رفيعة وبالجمله يفقد الدوار متى اشتغل المرضى بشئ موجب لصر فذهنهم
اليه بالكلية او كانوا في حالة اتعاش لطيف وقد شاهدت شخصا يمكنه
العبور في قاعة على انفراد ما والاجتياز من محفل الى آخر مع انه كان يمكنه
بدون تفكير الرقص في مثل هذه القاعة منفردا ويحتاج اذا بكافرسه ولو كان
جوارح في محال مختلفة وكلما تمدى هذا المرض واستطالت مدته زاد توجه
افسكار المرضى اليه فيكون في حالة تفكير وكآبة زائدة فظناهم انهم مصابون
بآفة دماغية سيما اذا سمعوا ان غيرهم من المرضى ماتوا بامراض دماغية
حقيقية مثل لين المخ الذي تخشاه العوام بكثرة وكانوا مصابين ايضا بالدوار
وكثيرا ما تغتر الاطباء بأمور المرضى بالاستقرافات الدموية واستعمال
الحقنات والمركبات اليودية والمياه المعدنية الحمية ويعتقونهم من تعاطي
النبيذ والبوزة ويأمر ونهم بالاقصار على الطعومات القليلة جدا فان لم تثر

هذه المعالجة وصارت المرضى باهتة اللون شحفاء البنية فكثيرا ما ترجع الاطباء
 عن اعتقادهم ويظنون ان نوب الدوار ناشئة عن انيعة الدماغ فبما مروا
 المرضى بتعاطي الاستحضارات الحديدية والابنة والبوزة ويسمعون لهم
 بتعاطي تدبير غذائي مقوم مع ذلك فلا تثمر المعالجة كما ان المرضى يعوقون من
 جبال الالب ومن اماكن الاستحمامات الباردة والمعالجة بها ومن الحمامات
 البصرية بدون طائل وقد نص المسلم (ترو) كما ذكرنا على أن نوب الدوار
 المذكورة تنشأ عن سوء الهضم وقال ان علاماته في كثير من الاحوال
 تكون واضحة جدا حتى تخفى علينا بسهولة وعند احوال الامن الدوار المعدي
 حصل فيها الشفاء بواسطة تعاطي منقوع من الخشب المرومر كبمن
 القلوبات الكربونية على التناوب ونحن لم نر نجاحا من هذه المعالجة فاني وان
 اعترفت ان النوب الاول من هذا الدوار التي حصلت في المرضى الذين
 شاهدهم ظهرت غالباً بعقب سوء الهضم واصطبت بظواهره الا انه لم توجد
 علامات واضحة من سوء الهضم عند المرضى التي كانت تعتبرها نوب الدوار
 المتكرر فعدة سنين والذي اظنه أن تكرر نوب الدوار ناشئ عن امور نفسية
 فكما انه يوجد اشخاص يعترفهم دوار عندما يكونون مطلين على محل منخفض
 جدا او واقفين على محل مرتفع كذلك كمنارة وكان الشخص الذي
 اعتراه الدوار مرة في محل ما ذكر يكاد يطرأ عليه ذلك متى تعرض لمثل هذه
 الامور فكذلك الانسان الذي اعتراه الدوار مرة او ~~اكثر~~ وهو في اودته
 او كان ماشيا في فلاة فانه يعتبر به ما ذكر والفزع في مثل هذا الشكل من
 الدوار كالقزع من الدوار الذي يعترى كثيرا من الاشخاص عند وقوفهم على
 محال مرتفعة جدا وذلك بسبب معين جدا على تكراره فكل من الانتفات
 القوي الى مرضي والانتقال النفسي والسكر الخفيف يحفظ نوعا من حصول
 أحد هذين الشكلين ويؤدي ذلك عندي مشاهدة من جملة مشاهدات
 شاهدها في قيس قد أصيب بنوبة دوار شديدة بحيث سقط منها على الارض
 وهو في الكنيسة على الانبل ولم يطرأ عليه ثاني مرة نوبة الدوار مطلقا طول
 مشاهدتي له غير أنه لم يعد الى الانبل ثانيا حيث شرع يجرب من نفسه الصعود
 عليه مرتين او ثلاثة فحصل عنده سوابق الدوار فكان ذلك هو الباعث على

الاستماع فانتمز المعافاة من وظيفة هو كذا كل من المؤذن والمبعض لا بد وان
يلتجى للمعافاة من اشغاله اذا اعتريه نوبة الدوار مرة فاكثرى في انشاء استغفاله
بوظيفته

• (الفصل الخامس)

(في امراض القناة المعوية)

• (المبحث الاول)

(في التهاب الغشاء المخاطي المعوي النزلي المعروف بالنزلة المعوية)

• (كيفية الظهور والاسباب)

التهاب الغشاء المخاطي المعوي النزلي ينتج عن ككل احتقان يظهر في هذا
الغشاء سواء كان الامتلاء الوطائي حاصلًا بكيفية معينة او ناشئًا عن
اسباب مضرّة أخرى والاحتقان في ابتداء هذا المرض وفي حالة حدة يؤدي
لارتشاح غزير من سائل قليل الزلاية ملحي فاذا تقدم سير المرض وأزمن
أتى ذلك الاحتقان الى تكوين مادة مخاطية وخطبات جديدة

ثم ان النزلة المعوية الحادة وبالأخص المزمنة من الامراض الكثيرة
الحصول جدا تصاحب على الدوام اضطراب الدورة الكبدية اذ عوق
استفراغ دم الوريد الباب ينتج عنه بالضرورة تقطد وامتلاء في اوردة المعى
ومن ذلك تنشأ النزلة المعوية

وكثيرا ما تصعب النزلة المعوية امراض اعضاء التنفس والدورة التي ينتج
عنها عائق في انصباب دم الاوردة الابدوية فان هذه الامراض اذا نتج عنها
احتقان ويريدى تهقرى في اوردة الدورة العظيمة لابتداء وأن يظهر ذلك في
الغشاء المخاطي المعوي فاحتقان هذا الغشاء والتهاب النزلي في حثل هذه
الاحوال عبارة عن سياوز الغشاء المخاطي

ويندر ان ينشأ عن اضطراب الدورة في الجسم احتقان تواردى والتهاب نزلي
في الغشاء المخاطي المعوي ومن هذا القبيل ما يحصل من احتقان الغشاء
المخاطي المعوي الشديد الذي ينشأ عن التهابات ممتدة في الجلد عقب الحرق
وكذا ما يحصل من الاحتقان السريع الحصول الوقتي المصوب يارتشاح
مصلى غزير الناشئ عن تأثير البرد القوي في الجلد كما يشاهد ذلك في السباحة

فما الجبال مشلا وهل التزلة المعوية الحادة التي تنشأ عن برد الأقدام أو البطن
وتسفر زمنا طويلا بعد ذلك وتأثير البرد والقرحة المعوية المزمنة التي تنشأ عن
تأثير الأتربة الباردة الرطبة من هذا القبيل أولى أمر غير مقطوع به
وقد يحصل التهاب التزلي المعوي الشديد بعد سير الالتهاب البريتوني سيما
الالتهاب البريتوني النفاسي ويعتبر حينئذ هذا الالتهاب نتيجة الاحتقان
التواردي الشديد فإن الالتهاب الشديد للطبقة المصلية يؤدي في مثل هذه
الحالة لحصول ارتشاح مصل في المسوج الخلاوي تحت الغشاء المصلي وفي
الطبقة العضلية والطبقة المخاطية المعوية مع المسوج الخلاوي تسمى فإن
هذا النوع من الارتشاح الأوديمياوي يشاهد أحيانا ليجوار الأجزاء الملتصقة
وقد صرنا عنه مرارا بأنه نوع أوديمياي تسمى جانبية أو أوديميا ناتجة عن
احتقان تواردي يأتي وبه يسهل توجبه حصول الاسهالات المائية التي
تصاب الالتهاب البريتوني بكثرة ولومع وجود شال في الطبقة العضلية
المعوية ويظهر أن الاحتقان التواردي للأوعية الشعرية المعوية المتأثرة
بارتشاح مصل غزير هو ينوع الاسهالات الناتجة عن اتصالات نفسية
ويجوز في مثل هذه الأحوال أن يقال إن الأوعية الموردة الدم حصل فيها
تعدد بواسطة التأثير العصبي وقد اكتسبت هذه النظريات قوة من وقت أن
شاهد المعلم (بودجيه) حصول اسهالات دأمة عقب قطع العقد الشيمية من
الأرانب

والغالب أن يكون الاحتقان والتزلة المعويان ناشئين عن مهيجات أثرت
تأثيرا موضعيا كأغلب المسهلات فإن القليل منها يحدث الاسهال بكونه
يحدث عنه إفراز سائل غزير من أوعية المهي بطريقة الاندسوس ويزدون أن يفتح
عنه تهيج واحتقان موضعي وذلك كقول المحلول المهي المركز وسنذكر أن ينجم
الالتهاب التزلي المعوي عن إفراز الصفراء الغزير وهذا خلافا لما كان
يعتقد سابقا كما يشهد حصوله من وجود حيوانات طبقية في المهي كديدان
مثلا ومن هذا القبيل التزلة المعوية التي تنجم عن جواهر غير دوائية كبعض
الأسمار وعن وصول مقصلات المعدة غير المنهضمة الآيلة للقساد إلى المهي
(انظر ذلك في أسباب التزلة المعوية) ويغلب حصول التزلة المعوية عقب

احتباس المواد الثقيلة فانها ان بقيت في جزء من أجزاء المعى فلهذا يطويلا
 زائدا عن العادة اعتراها القساو والاضلال فيسكون منها حصص لا تفرث
 تهيجا شديدا في الغشاء المخاطي المعوي وقد يبه الشهير (ورجوف) على كثرة
 حصول الالتهاب البريتوني الجزئي وما ينشأ عنه من تغير اوضاع المعى
 كالتجذبه وانحنائه وفي الحقيقة ان ذلك هو السبب الغالب للاسالك
 المستعصية الاعتمادى في كثير من الاحوال ولبعض أحوال فهو كالجسم
 المزمنة التي كانت تعتبر ناتجة عن آفات في البطن السفلى فانها تنشأ عن مجرد
 التجذبات اوضيق في القناة المعوية يعقبه تكون غازات من المواد الثقيلة
 الفاسدة ونزلة معوية نابعية

وقد يكثر حصول النزلة المعوية في بعض الازمنة عن مؤثرات مجهولة ولعلم
 معرفة هذه المؤثرات يجعل سببا تسلمن الاحوال الجوية الربائية
 المعدية

وقد يكون الالتهاب المعوي النزلي عرضا من اعراض بعض الامراض العامة
 كالتيقوس البطنى اى الحمى التيفوئيدية فانه يصاحبه دائما كالقيضة
 الاسمية فانه احد اعراضها الرئيس ويمكن احداثه في بعض الحيوانات
 بالصناعة بواسطة حقن مادة متعفنة في وريد من اوردتها

وستكلم فيما بعد ان شاء الله تعالى على شكل النزلة المعوية العرضية وعلى
 الالتهاب المعوي النزلي الذي يصاحب تقرحات المعى واستحالة المرصية

• (الصفات التشريحية) •

سندران نشاهد اصابة الالتهاب النزلي للقناة المعوية بتمامها ومع ذلك فهو
 أكثر وجودا في المعى الغليظ وأقل وجودا في اللقائى واندرا مشاهدة في المصائم
 والاثنى عشرى والتغيرات التشريحية التي تختلف النزلة المعوية الحادة في
 الرمة هي اجمرار الغشاء المخاطي اججرا ابيض يكون تارة باهتا وتارة داكنا
 منتشرا أو قاصرا على ما يحيط بالغدد المتفرقة او غدد (بيير) ثم انتفاخ هذا
 الغشاء اورخاوته وسهولة تمزقه وارتشاح مادة صلبة في المنسوجات العلوى
 تحت الغشاء المخاطي وقد ينزل الاحتقان بالكلى عقب الموت فيظهر الغشاء
 المخاطي حينئذ باهتا خاليا عن الدم ويشاهد على الدوام في النزلة المعوية الحادة

انتفاخ في الابرجة المعوية المتفرقة وفي غدد (بير) فتكون بارزة بروزا واضحا على سطح الغشاء المخاطي والغالب ان تشاهد العقد المسارية في ذلك تحتنة متفتحة قليلا وتحصل المني يكون في الابتداء متكونا من سائل مصل مختلط بجزئات بشرية منفصلة وخلايا جديدة ثم يصير فيما بعد متكونا من مواد مخاطية متعكرة ملتصقة بسطح المني وفيها كذلك جزئات بشرية

واما التغيرات التي تخلف النزلة المعوية المزمنة فهي ان يشاهد الغشاء المخاطي ذا لون مسيجر ضارب الى الجرة او سنجابي ومع ومنفخا يظهر فيه احيانا بروزات بوليبوسية خصوصا بجهة المستقيم والابرجة المنتفخة هنا تكون أكثر بروزا منها في النزلة المعوية الحادة فتظهر على شكل عقد مبيضة بارزة على سطح الغشاء المخاطي الذي يكون مغطى بمادة مخاطية قيحية لزجة وفي المزمنة يحصل احيانا في الطبقة العضلية للمني ضمادة ينتج عنها تضيق ينشيط في المني شبيه بما يحصل في البواب في احوال النزلة المعوية وان كان ما هذا نادرا

وقد يكتسب التهاب التزلي للغشاء المخاطي المعوي شكل التهاب الدفتيري تقريرا فيمتكون على سطح الغشاء المخاطي المحمر جدا خشك كرسات سطحية كائما هو مرشوش بالتحالة ويختلف انفصال هذه الخسك كرسات تاكلات او تسلطات سطحية صغيرة دائمية وهذه الصفة التشرى بحمة التي تشاهد في الجزء السفلي من المني الغليظ والمستقيم وتنتج عن تراكم المواد النضلية في هذه الاجزاء تطابق مطابقة كلية الصورة الاكلينيكية للدوسنطيا باليزلية الخفيفة

وقد تؤدي اشكال النزلة المعوية الشديدة لحصول القروح المعوية كالقروح التزلية المنتشرة والقروح الجراية

فاما القروح التزلية المنتشرة فتنتج عن التهاب التزلي المعوي لاسيما التهاب التزلي المزمن اذا انضم اليه التهاب تزلي حاد واكثر ما تشاهد هذه القروح عن الاجسام الغريبة التي تخلف في المني او عن المواد البرازية المحتبسة فيه ولذا تغلب مشاهدتها في الحال التي يكثر فيها وقوف المواد النضلية كالاغور

والقولون الصاعد (ويسمى المرض حينئذ بالالتهاب القولوني البرازي)
وصك المعلقة الديدانية والمستقيم والمعي الغليظ أعلى محال التضايق
او الانجذاب

والغشاء المخاطي الاجر الداكن المنتفخ يلين ويتلاشى بسبب تكون الصديد
في منسوجه فينتج عن ذلك فقد جوهري ورت ثعري المسوج الخلوي تحت
الغشاء المخاطي والطبقة العضلية ومثى ثقب القرحة في هذا الدور امتلاء
مكان فقد الجوهري بالازرار اللحمية وخلف ذلك ثقب يابسة تورث المعى ضيقا
دائما وقد تنبت كل الطبقة العضلية والمصلية فينتج المعى وعند امتداد
التهتك من الباطن الى الظاهر يحصل التهاب يرتوي جزئي به يمكن امتناع
انصباب متحصل المعى في تجويف البطن عقب التصاقه بالاجزاء المجاورة له
كما يحصل ذلك بكثرة عند ثقب المعلقة الديدانية وكما يحصل بكثرة في التهاب
الاعور وتقيحه المعروف بالالتهاب الاعوري البرازي التهاب في المسوج
الخلوي الهش الذي يثبت الاعور والقولون الصاعد في الصفاق الحرقفي
ويعرف بالالتهاب الاعوري الدائري او المحيط وسنشرح في محله على
حدته

وأما القروح المعوية الجراحية فالأغلب ان تظهر في المعى الغليظ والجزء
السفلي منه وينتج عنها تهتكات متعددة وهي تنصف بقوله ظهور الاعراض
الالتهابية حولها وقد شرح ظهور القروح الجراحية الشهر (روكياناسكي)
فقال هذه الابرية تكون في الابتداء منتفخة انتفاخا عظيما ومحاطة بهالة
وعائمة جراحية لاسمعة ثم يحصل التقرح في باطنها فتفجر جدرها وترثها
فإنشأ حينئذ خراج صغير جريحي ذو جدر اسفنجية حبيبية وفحة متقرحة
مشرزمة ومثى تهتك الجراب تهتك كليا من التقيح زال احتقان الغشاء
المخاطي المجاور له بل قد يوجد هذا الغشاء هائلا وسخيا وسخا وحينئذ
يكون انساع القرحة كانساع حبة العدس مستديرا او ضاويا وبسرعة
يمتد التقرح الى الغشاء المخاطي المجاور له فتعدم القرحة شكلها المستدير
وتكتسب شكلا مستديرا مستديرا وقد لا يبقى من الغشاء المخاطي الا بعض
أصعار او ثنيات مسننة في وسطه وبقية الطبقة العضلية والمسوج الخلوي

تحت الغشاء المخاطي تكون متعرية ويوجد في المعى نفسه مادة سنجابية صخرة
نصفية السيولة تدفية مختلطة بمواد غذائية غير منضمة
(الاعراض والسير)

في التزلة المعوية يحصل في المعى زيادة عن الارتشاح المصلي سرعة في الحركات
الدينامية للقناة المعوية بحيث ان التبرز مع سيولته تكثر نوبه وتكرر
فالاسهال الذي تسبقه قراقر واضحة في البطن هو العرض الملازم للتزلة
لمعوية بل هو العرض الوحيد احيانا فان الالام وغيرها من الاعراض قد
لا توجد رأسا وقوى المريض وتغذيته يبقيان على الحالة الطبيعية مادامت
لاستقراغات غير كثيرة التكرار والغزارة ولم تستقر زمنا طويلا وفي مثل هذه
الحالة يعتبر الاسم ال عند العامة أمرا مفرا حاد يقيد تنقية الجسم ونحوه مما
يعود نفعه على الصحة ثم ان الاستقراغات المعوية تتكون في الابتداء من
مواد ثقيلة مائعة (وهذا ما يسمى بالاسهال البرازي) ومتى استقر كل من
الارتشاح المصلي وازدياد الحركات الدينامية للمعى فالاستقراغات بعد
انقذاف جميع المواد الثقيلة المحتوية عليها المعى تفقد رائحتها البرازية
الخاصة بها شيئا فشيئا وتصبح مشكونة من ارتشاح مصلي ملحي ساج فيه ندف
بشرية وخليبات جديدة ومواد غذائية غير منضمة قليلة التغير ومتفاوتة
الكمية (وهذا ما يسمى بالاسهال المصلي) ولون مواد البراز السائلة يكون
عادة مخضر متفاوتا في الخضرة وهذا ناتج عن انقذاف المواد المذكورة مع
مواد المعى السائلة قبل ان تكابد الاستحالة الطبيعية لاعن انصباب كمية غير
اعتيادية من الصفراء في المعى وكلما كان الارتشاح أكثر غزارة كان تلون
المواد قليلا فان الصفراء المختلطة بها لا تكفي حينئذ في تلوينها بالكلية
والغالب في الاستقراغات الغزابة ان لا يوجد فيها آثار من المواد الزلالية لكن
لا يندوان يوجد فيها بلورات من فوسفات المغنيزيا والنوشادر وكان
وجودها يعتبر سابقا واصفا للبرازات الصفوسية ويوجد في الاستقراغات
لنذكورة كمية عظيمة من ملح الطعام وبعد استقرار الامهال يوما او يومين او
أكثر تأخذ مواد الاسهال في اكتساب الاستحالة الطبيعية للمطعومات عادة
فيقل تكرار الاسهال وتكتسب هيئة لبرزورائحه ويعقب الاسهال كما

هي العادة امساك متفاوت الاستعصاء وذلك لان التهييج المرضي للطبقة العضلية المعوية يعقبه حالة ضعف

وهناك أحوال فيها ينضم للاسهال احساسات مؤلمة في البطن وهي عبارة في الغالب عن نوب آلام قارصة تتردد ترددات في وقتها وتعرف بالمقص ويصير المريض عند حصولها حيايا باردا اذا لون باهت سيما اذا اشتدت اشتدادا عظيما وهذا المقص يتلف عقب التبرز او قرب حصوله وتآدم من نوب الآلام المذكورة حصولا لما يشاهد من احساس بالضغط من هذا الاحساس البطن او تألم يزداد ذلك الاحساس بالضغط من الظاهر وهذا الاحساس لا يشتد جدا الا في أحوال نادرة فيها يصاحب التهاب التزلي المعوي حرق في الجلد عند جد وبهذه الصفة الخاصة بوجود الدم في مواد الجرازي يتميز هذا الشكل من التهاب المعوي التزلي عن غيره من أشكال هذا المرض

وكثيرا ما يكون البطن في النزلة المعوية الحادة منتفخا تنفخا خفيفا ويخرج بالتبرز كمية عظيمة من غازات كريهة الرائحة وتظهر هالي المني لا بعد عرضا للنزلة المعوية ولا نتيجة لها مادامت في دور ازدياد الارتشاح المصلي والحركات البدائية المتزايدة وانما تنبع نتيجة عن السبب المحدث للنزلة المعوية نفسها أعني من وصول جواهر فاسدة وغير منهضمة من المعدة الى المني

وكثيرا ما تصطبب النزلة المعوية باعراض حمية لكن ان كانت هذه النزلة ناتجة عن تأثير البرد مثلا فلا حركة الحمية تتكسب شكل الحمى التزلية وقد تكون شديدة جدا فتلبس بالحمى المعدية او القراوية او المخاطية سيما اذا اشتبك كل من المعدة والمني في التهاب التزلي وبهذه الكيفية يكون سير النزلة المعوية اذا كان الالتهاب فيها محدودا في جزء عظيم من المني او مجامع الجزء السفلي من المثانة والقولون كما هو العادة ثم ان الالتهاب التزلي قد يمتد الى عشرين يصاحب في الغالب النزلة المعدية ولا يعرف الا اذا امتد الى القناة الصفراوية ونفخ عنده احتباس الصفراء ويرقان وبدون ذلك لا يمكن معرفته فانه لا ينوع اعراض النزلة المعدية الا قليلا جدا

والالتهاب التزلي في المني الدقيق يسير بدون اسهال متى مكث منحصلا في المني

الدقيق السائل زناطويلا في المعى الغليظ وتكاتف عقيب امتصاص أجزائه
السائلة فعلى هذا متى انضم لأعراض التزلة المعديّة قراقر في البطن تعلل
بوجود غازات وسوائل في المعى الدقيق وأمكن نزوحهما من محل إلى آخر
ولم يحصل مع ذلك اسهال ترجح أن التزلة المعديّة امتدت إلى المعى الدقيق دون
الغليظ

وأما التهاب التزلى في الجزء السفلى من المعى الغليظ أو في المستقيم فكثيرا
ما يحصل بدون إصابة باقى أجزاء المعى وقد تكسب صورة هذا الالتهاب هيئة
أخرى عند اشتدادها جدا أى عند ما يظهر انتقاله من الحالة التزلية إلى
الدقترية بأن يسبق التبرز كما في الدوسنطاريا الآلام شديدة قرصة تمتد من نحو
السرة إلى القطن ثم يعقب ذلك انقباض تشنجي في العاصرة وحرق شديد
في الأم ثم يخرج بحركات الزحير مادة مخاطية متفاوتة الكمية مبيضة
زجاجية محتلمة بمواد دموية والعادة أن يعقب ذلك راحة للمريض غير أنه بعد
مضى ساعة أو أقل تعود الآلام وكذا الظواهر السابقة ويخرج من
المريض مواد ثقيلة جامدة زعمنا فمنها فيحصل له عقب ذلك راحة بعض زمن
وهذا الشكل من التزلة المعوية المعروف بالدوسنطاريا التزلية يشفى
بسرعة بالمعالجة اللائقة أعنى بالمبادأة بإزالة المواد الثقيلة التي في المعى ونج
عنها هذا المرض مع استقراره فإذا لم تعالج بما لا يليق استطالت مدة المرض
وأدت لحصول تقرح جراحي

وأما إذا كان التهاب التزلى قاصرا على المستقيم فلا بد وأن يوجد كذلك
زحير وتطلب للتبرز وخروج مواد مخاطية فقط أو مخاطية مدمجة غير محتلمة
بمواد ثقيلة لكن لا يوجد في هذا الشكل الآلام التي في البطن كالتى تسبق
التبرز في الدوسنطاريا التزلية

وأما التزلة المعوية المزمنة فلا ينبع عنها في البالغين إفراز مصلى غزير في القناة
المعوية إلا في أحوال نادرة والغالب أن يكون إفراز الغشاء المخاطي قليلا
ولذا لا يصطبغ التهاب التزلى المعوى المزمن بالاسهال في البالغين إلا نادرا
وإن حصل الاسهال فإنه يكون وقتيا فالمرضى بهذه التزلة يكون عندهم في
أغلب الأحوال اسهال لا اسهال وبواسطة الطبقة المخاطية المزجة المغطية

لسطح المي يحصل عوق في الامتصاص واضطراب في التغذية فتتناقص
 قوى المرضي فتتصف وتكتسب لونا متمصا ومخا وزيادة على ذلك فالمواد
 المتراكمة في المي الغليظ يعثر بها بتأثير الحرارة الرطبة في هذا العضو فساد
 والمحلل يحرقه ظهور غازات في المي بكمية عظيمة فتتقدد وينشأ عن ذلك
 مكابدات نفسية فيتوتر البطن ويسدفع الجلباب الخارج الى أعلى ويتعسر
 التنفس وينشأ عن الضغط الواقع على الاوعية الشريانية احتقانات واردة
 في غير المي سيما نحو الدماغ ويحصل من خروج الغازات من البطن راحة
 عظيمة وينضم للمسال الا اعتيادي واضطراب التغذية وانتفاخ البطن
 الغازي اضطراب عقلي كالذي يحصل للمصابين بقرات معدية من منة فحينئذ
 يجعل المرضي حالة اجسامها موزعا لانكار رديئة ولا تلتفت لغيرها او تقع
 في حالة يأس من صحتها ويماني في الاتخاات اليه انه يوجد في جثث المرضي التي
 كانت مصابة بأمراض عقلية كالهائمين والقاتلين لانفسهم انحناءات
 او تحولات في المي وهي السبب الغالب في التزلز المعوية المزمنة والاسماك
 الاعتيادي قد يتعاقب معها حيانا مفص شديد واسهال وتقي تخرج به كمية
 عظيمة من مواد مخاطية وبرازية كريهة الرائحة جدا وحيث ان نوب الاسهال
 الوقية تطرأ بدون سبب ظاهر يغلب على الظن ان فسادا يحصل المي ينشأ
 عنه تكون متحصلات مهيجة احيانا تؤثر في الغشاء المعوي وتثير التزلة
 المعوية المزمنة فترقى الى تزلة معوية حادة والتزلة المعوية المزمنة التي تسير
 بهذه المنابة تعتبر من الامراض الكثيرة الحصول المستعصية عن الشفاء بحيث
 ينقطع عشم كثير من المصابين بها من نفع الطبيب لعدم نجاح المعالجة التي
 أجريت عليه فيلجئ الى الجالين او يقتصر على حبوب موريسون (التي
 قاعدتها الصمغ النقطي) او حشائش ليرود (وهو منقوع مخلوط مكوّن من
 ازهار البنفسج وقم الحساوا المزمعة اذ انك كبريتات المتيزيا) او حبوب
 اشتال (وهي مركبة من خلاصة الصبور دهمان ومن خلاصة الراوند المركبة
 درهم ومن خلاصة الخنظل المركب نصف درهم ومن برادة الحديد نصف درهم
 يمزج جميعه ويعمل مائة وعشرين حبة ويعطى منه من حبة الى اثنتين الى
 ثلاثة حسب الاقتضاء) او نحو ذلك من المعالجات السرية وسيتم فتح فيما بعد

أن كلام من هذه المركبات يتخذ من مسلمات ظاهرة النجاح في مقاومة ما ينتج
عن التزلة المعوية المزمنة من المشاق وأنه بسبب كثرة هذا المرض اشتهرت عند
العامّة بعموم النفع في جميع الامراض

ثم ان التزلة المعوية المزمنة عند البالغ قد تصطبغ بازدياد الافراز المعوي
وسرعة الحركات الهضمية وتكتسب سير الاسهال المزمن الان هذه
الاحوال نادرة فيهم ولذا كان وجود اسمها مستقر عدة أسابيع أو أشهر
مر بها التصور وجود تغيرات مادية عظيمة في المعى فحينئذ لا تعتبر التزلة
المعوية المزمنة البسيطة سببا للاسهال الا بعد تحقق انتفاء بقية تغيرات المعى
المادية والاستقرار في مثل هذه الاحوال معظمها مكون من مواد
مخاطية زجاجية أو صيدية مختلطة بمواد ثقيلة لينة أو يبقاها المواد الغذائية
غير المنهضمة عند امتداد التزلة في المعى امتدادا عظيما (وهذا ما يسمى
بالاسهال البتيري أي انزلاق البطر) وعند ما تخرج مواد مخاطية غير متألنة
أو صيدية كما يقع أحيانا أو مواد ثقيلة متجمدة أحيانا أخرى يجب الحكم
بان مجلس الداء الجزء السفلي من المعى الغليظ وان الانتاب التزلي مهدد
بالانتقال الى التفرح الجزئي وقد يزول الاسهال مدة أيام ويختلفه امساك
مستعص ثم يعود اشدهما كان وقد توجد أحوال فيها تم لك المرضي عقب
الاسهال المزمن لكن لا يحصل ذلك الا عند وجود تغيرات أخرى في المعى غير
التزلة المعوية

واما التزلة المعوية المزمنة في الاطفال فيقال فيها عكس ما ذكر فان هذا
المرض فيهم يسير بسير الاسهال المستعصى المضعف ولذا ينبغي على عكس
ما تقدم التاني وعدم المبادرة بالحكم بمجرد هذا العرض بوجود دون معوى
او ما سار بقى أو تقرحات نزلية معوية فان أغلب الاطفال الهالكين بالسهل
المعوى لا يوجد في امعائهم الا آثار خفيفة من الانتاب المعوى المزمن
وأغلب ما يحصل التزلة المعوية المزمنة في الاطفال قرب انتهاء السخنة الاولى
اعنى قبل القطام بقليل ويسمى الاسهال حينئذ بالاسهال القطامي وفي
الابتداء تكون الاستقرافات مخاطية قليلة الغزارة ذات خواص حمضية
ولون مخضر يظهر عقب انقضاءها حالا أو بعد ملامستها للهواء زمانا طويلا

وذلك ناشئ عن اختلاطها بالصفر اغير المخللة او عن ازديادها كسد المادة
 اللينة للصفر الذي لم يزل محفوظا ثم تضرب الاستقرات غزيرة جدا مائبة
 طفلية اللون كريمة الرائحة محتلطة بجواز غذائية غير منهضة وفي الابتداء
 لا يعترى الاطفال الاقوياء البنية الجيدة التغذية من هذا الاسهال الا قليل
 مزال لكن العامة بسبب اعتقادهم الفاسد يعتبرون هذا الاسهال ظاهرة
 صحية تبقى الاطفال من تشنجات الاسنان ويظنون انه لا ينبغي ايقافه فلا
 يندبون الطبيب الا اذا صار الطفل ذابلا ضعيفا في مثل هذه الحالة كثيرا ما
 تهجز الصناعة عن تداول الشفاء فيستمر الاسهال وتزداد الحفاة تدريجا
 يهلك من الاطفال عدد عظيم في السنة الثانية من عمرهم عقب التزلة المعوية
 المزمنة والتزلة المعوية تظهر عند الاطفال المغذاة بالصناعة قبل هذا السن
 وتسرع بسرعة عظيمة وذلك ان امهات الاطفال الاقوياء البنية اللاتي يتجربن
 على ان يخدمن مراضع بعد الاسبوع السادس والثامن من ولادتهن
 يتركن اطفالهن للجهاز لتغذيتهن بالصناعة وهن يعطين الاطفال لبنا غير جيد
 او مريكا فاسدا او حلة صناعية او قطعة خبز يتصون منه البقر كوا الصراخ
 فيحصل الطفل حينئذ اسهال بسرعة وتتقدم الحفاة فتقدم عظميا بحيث
 يصل في اقرب وقت الى اعلى درجة من الحفاة مثلما نرى العضلات وكذا
 المنسوجات الصحية ويظهر فيهم تكثر الوجه كالجهاز ويسترخي الجلد على
 العظام وتقلح الاجزاء القريبة من الاست ويتغلى الغشاء المخاطي القمي
 بالقطر وفي أثناء ما يكون حفيين المرضعة في غاية من الصحة يهلك ولدها غالبا
 في الشهر الثالث والرابع وهو في غاية النحافة والنهوك ألا ترى ان كل
 امرأة مستغلة بارضاع الاطفال بالصناعة في المدن العظيمة تدفن نحو ثلاثة
 اطفال كل سنة وفي مثل هذه الاحوال لا يوجد في الجثة الا آثار التزلة المعوية
 المزمنة مع النهوك العظيمة وتبر هذه التزلة في احوال الاسهال القطامي ترداد
 مـ قرا للتزلة المعوية الحادة بسبب دخول المواد الغذائية غير المنهضة
 المساعدة في المعى مع السكر ارفيشير هذا الالتهاب
 وما الالتهابات المعوية التزلية المؤدية الى تقرح الغشاء المخاطي المعوي
 بل وجميع جـ در المعى قاول ما تكلم عليه منها الشكل الكثير الحصول

المعروف بالالتهاب الاعورى فقط أو الاعورى البرازى فنقول قد يسبق
هذا المرض أحيانا بعض اعراض يعنى انه قبل ان يرتقى الالتهاب الى الدرجة
الشديدة المسماة بالالتهاب الاعورى البرازى يشاهد آلام ومغص فى
البطن واعراض نزلية معوية ناتجة عن تراكم المواد البرازية فى الاعور
واقولون الصاعد بحيث يشتكى المريض أحيانا بالآلام فى البطن ويحصل له
امساك واسهال على التعاقب وربما فقدت الاعراض السابقة بحيث يودى
اول تجمع من المواد الثقيلة فى الاعور والقولون الصاعد الى حصول التهاب
شديد وتقرح فى جدار المعى وبنى حصل ذلك فقدت الطبقة العضلية قابلية
انقباضها فيحصل عرق عظيم مانع لسير المواد الثقيلة فى القناة المعوية كما
يحصل مثل ذلك من تضيق المعى أو اختناق الضيق المعوية فانه وان خرجت
مواد مخاطية فقط أو مدعمة هي متحصلة التهاب نزلى فى الجزء السفلى فى المعى
من الاست ينفذ التبرز بالكلية وتقصص الامعاء الدقاق الذى لا يتيسر
اندفاعه من أسفل يدفع الى أعلى بسبب انقباضات الطبقة العضلية المعوية
وحينئذ تحصل حركات مضادة للحركات الديدانية الطبيعية فالمواد الواصلة
من المعى الى المعدة تورثها تهيجا شديدا يحصل للمريض تهوع وغثيان وقىء
من مواد غذائية ابتداء ثم فيما بعد من مواد مخضرة ثمرة الطعم صفراوية ثم
يخرج بالقيء وذلك فى أحوال نادرة مواد سائلة مسمرة كريهة الطعم ذات
رائحة برازية ويعرف ذلك بنقص القولنج (أى مغص رب ارس) ومن ذلك
يجزم بان هناك عوقا فى جزء من المعى مانع للورود المواد المحتبسة فيها فان لم
يوجد فى الخصرة الحرقية اليمنى الآلام قليلة بدون ورم فى هذا المحل
كما شهد ذلك أحيانا تغيب الطبيب فى طبيعة العوق ولكن الغالب ان
يطرأ مع الامساك آلام شديدة فى البطن وورم واصل لهذا المرض فى
الحقرة المذكورة ومجلس هذه الآلام الجزء السفلى الايمن من الخلة لكن
نورائهم اذ منافز من ليس من ذاتها بل بأدنى ضغط أو حركة على الجزء المذكور
وعند الجس الذى تحتشاه المرضى عادة يحس بوزم شديدا منبأرى عتد من
الحقرة الحرقية اليمنى الى الحافة السفلى من الصلع الاخير يكون على مسير
الاعور والقولون الصاعد بحيث يعرف بسهولة ثم اذا كان سير هذا المرض

حمدا حصل تحسين للمريض في هذا الدور فيتبرز بترزامة مكررا مصحوبا
 بالآلام في البطن ممزقة وذامواد ثقيلة غزيرة جدا كربة الراحة ويزول
 القيء ويتناقص حجم الورم ويتلاشى تدريجا حيث ان جزأ منه مكون من
 المواد المتراكمة في المعى والجزء الآخر من انتفاخ جدر هذا المعى نفسه لكن
 هذا الانتهاء الجيد نادرا والغالب ان يمتد الالتهاب في الطبقة المصلبة للأعور
 والقولون الصاعد اما الى البريتون الكاسي للعر المعروفة المجاورة او الى
 المسوج الخلوى المثبت للقولون الصاعد مع الصفاق الحرقفي وعند امتداد
 الالتهاب الى البريتون يصير الم البطن منتشرا فيه ويقع دشكله المتباري
 ويصير عريضا وأما عند امتداده الى المسوج الخلوى الكائن خلف
 القولون الصاعد فتصل الآلام في الفخذ الايمن واحساس بتقلبه (وهذا
 هو المعروف بالالتهاب الاعورى الدائري او المحيط) وكل من العضلات
 الابسواسية والحرقفية يرتشح عمادة مصلية فلا يقوى على الانقباض
 بحيث لا يتيسر للمريض رفع نفسه بانقباضها وفي مثل هذه الحالة يحس
 المريض جذعه الى الامام ويضطجع في فراشه على الجهة اليمنى ويتجنب
 تغير هذا الوضع ما أمكن ان ذلك تكون عضلات البطن قليلة التوتر وكل
 من العضلة الابسواسية والحرقفية قليل التقدد ولا يندرتح بين حالة هذا
 المرض بعد وصوله الى الدرجة الشديدة التي ذكرناها فانه يزول الالتهاب
 الاعورى تقف الالتهابات التابعة له ويمتص النضج تدريجا وفي مثل هذه
 الحالة يزول الم البطن شيئا فشيئا والورم الذي كان قد امتد الى نحو الخط
 المتوسط من الجسم يقل بحجمه ثم يزول بالكلية كما ان الآلام لفخذ الايمن
 والاحساس بالتقل من تلاشى أيضا ويعود كل من العضلة الابسواسية
 والحرقفية الى الانقباض الطبيعي فيمكن حينئذ رفع الفخذ فانيا هذا اذا كان
 الالتهام حميدا اما اذا كان غير حميد فيمتد الالتهاب الى جميع البريتون
 ولا يمتص النضج المتكيس بل يورث التهابا بريتونيا عرضا فتهلك المريض
 بحمى الدق التي تصعبه وقد تنقبج جدر السطح المتكيس تدريجا فيحصل
 ثقبات جهمة الظاهر أو في احشاء مجاورة ونحوها من الاعضاء وسندكر
 ذلك مفصلا في شرح الالتهاب البريتوني وانتهى هذا الالتهاب الخبيث سيما

استداداه السريع الى جميع اجزاء البريتون يرجح لنا ان تقبض الاعور هو
الذى أدى لحصول التشعب الا ان حصوله في هذا الشكل نادر لا يمكن الجزم
بمعرفة مدة الحياة الا في احوال قليلة وانهماء التهاب الاعورى الدائرى
يختلف كثيراً حتى انتهى بالتقيح ونشأ عنه خراجات وانسكابات
صديدية

وأما تقرح المعلقة الديدانية فهو وان كان يصطب بالآلام في الجزء السفلى
الايم من البطن تكون هذه الآلام خفيفة جداً فلا تدل غالباً على وجود
شيء محقق فحينئذ لا يعرف هذا المرض الا اذا امتد التقرح الى الطبقة
لبريتونية او ظهر عقب تثقبها اعراض التهاب البريتونى الجزئى
او اعراض التهاب الاعورى الدائرى غير انه لا يمكن الجزم بان التهابات
التابعة الاخيرة ينبوعها المعلقة الديدانية او الاعور الا اذا دل على ذلك عدم
وجود الاعراض السابقة للالتهاب الاعورى والامساك والقيء الخاصين به
سبباً عدم الورم الواصف لهذا المرض الاخير وقد لا يمكن التمييز هذين
المرضين بالكيفية عند من يوجد عنده التهاب بريتونى منتشر أو سرياً مات
صديدية ناتجة عن التهاب أعورى دائرى ويكون عاجزاً عن بيان حالته
بالدقة ثم ان الالتهاب البريتونى والاعورى الدائرى وان كانا ناتجين في تقرح
المعلقة الديدانية من تثقب هذا الجزء وانصاب بمحصله في تجويف البريتون
غالباً ياخذان سيراً جيداً مع ذلك كما اوضحناه فيما تقدم ويحصل ذلك غالباً
مضى كان حصول التشعب تدريجياً بحيث يلتصق المعى بالاجزاء المحيطة به
وبذلك يمنع تأثير المواد المتسكبة المضرة في بقية اجزاء البريتون ومن الجائز
في الاحوال النادرة تكون التصاقات صلبة فيسكنى الصديد وكذا
المواد المتسكبة في باطن منسوج خاوى من دمج شبيه وقد يحصل استقراغ
المواد المتسكبة نحو الظاهر ويندر تحت المعلقة الديدانية بواسطة منسوج
ندى من دمج بحيث لا يخرج منه شيء فيما بعد

ومن النادر مشاهدة التهابات وتقرحات عظيمة بالمعى في غير المجلين المذكورين
وان حصل ذلك يكون غالباً في القولون المستعرض والتمرير السيقى
وحينئذ تكون الاعراض مشابهة لاعراض التهاب الاعورى وتختصر

في الامساك وتآلم البطن في جزئ محدد ووظيفه وروم واصف وبسدر جدا
ان يؤدى الالتهاب في هذين الجزأين للالتهاب الجريمتوى المتشرب سيما وازالة
تجمع المواد البازية التي فيمما وابقاف الالتهاب سهل الحصول
واما التقرحات الجريمية فاكثرتما شاهد في الانخفاض المتوكن واعراضها
في الابتداء عين اعراض التزلة المعوية المستطيلة المدة لكن هائل يشاهد
في المواد المخاطية المبيضة الشفافة التي يسبق اندفاعها آلام حفيقة
وتصلب برفير خفيف كحل مخصوصة شفافة كالساجو (هو مادة نشوية
تستخرج من نخاع بعض الخيل يلاذ الهند) المنقوع المتفخ وهذا يدل على
ان الالتهاب التزلي امتد من الغشاء المخاطي الى الاجر به المخاطية ويخرج
مع التبر زمودا ثقلية زمانا فزنا محتلة بمواد مخاطية مبيضة أو مدعمة
وبالكمل المذكورة ايضا ثم تفقد المواد المخاطية ثقافتها تدريجيا وتصبح
مائعة مصفرة كالقيح وحينئذ يشاهد شكل الاسمال المعروف بالاسمال
الكياومى وفي هذا الدور قد تخرج زمانا فزنا مواد ثقلية مماسكة ذات
لون طبعي وعند شفاء القروح الجريمية يبقى غالباً اعتقال مستعص في البطن
وميل عظيم لتكثرت الغازات فيه وبقيّة اعراض التزلة المعوية السابقة
وما ذالك الا لكون الصام هذه القروح يعقبه تضايقات ندية

• (التشخيص) •

التزلة المعوية الحادة التي تسير بدون حركة حية لايسهل تميزها عن غيرها من
الامراض وأما مميزات التين المعديّة والمعوية الحادتين الاصليتين عن الدور
الاول من التيفوس فسنذكره فيما بعد

ويغلب جدا عدم معرفة شكل التزلة المعوية التي تكون اعراضها الواصفة
الامساك والتوليدات الغازية والاضطرابات النفسية وقبل عصرنا هذا
بقابل كان يعتبر مجموع الاعراض المذكورة ناتجا عن مرض في الغدد
البطنية العظيمة سيما الكبد فكانت ترسل المرضى الى مياه كركوس باد بقصد
شفائهم من استئمان هذه الغدد كما كان يظن وعند رجوعهم من هناك في
حالة تحسين كان يعتبر ذلك دليلا على صحة التشخيص ثم بعد ان ثبت بواسطة
الصفات التشريحية الدقيقة ان مكابدات البطن المزمنة المنصبة بالاعراض

السابقة يندرجدا ان تكون ناتجة عن تغيرات مادية في الكبد او الطحال او الباتكرياس كما ثبت عكس ذلك أيضا يعني انه شوهد في الاعضاء المذكورة تغيرات عظيمة في الرمة بدون ان تصيب مدقا الحياة باضطرابات ثقيلة في الهضم ووقع كثير من الاطباء في خطأ آخر وذلك انهم جزموا بـ (المعلم رادمانو) انه يوجد جسد جلة من أمراض الكبد والطحال والباتكرياس لا يختلفها تغيرات مادية مدركة في جوهر هذه الاعضاء ولا حاجة للتعرض لرفض هذا الرأي ونقتصر على ذكر طريقة التماسل والحقيقة التي كانت تشخيص بها الامراض المذكورة وذلك انه متى تحسنت حالة من حالات المريض التي ايسر لها أدنى ارتباط بتغيرات وطبيعة او جوهرية في الاعضاء المذكورة بمقتضى معارفنا التفسيرية لوجبة عقب استعمال بزوال القول او صبغة الجوز المقي أو منقوع غمر البالوط كان هذا دليلا كافيا للطبيب (رادمانو) على ان حالة المريض كانت متعلقة بأفة أصلية في الاعضاء المذكورة مع انه لم يثبت بالكلية ان هذه الجواهر ذات تأثير نوعي في الغدد البطنية حتى يظن انها معينة على شفاء أمراضها

ثم ان معرفة النزلة المعوية المزمنة المصوبة باعتقال البطن تسهل جدا في اصطفت بفترة معدية منمنة لكن هناك أحوال فيها لا يوجد في الهضم المعدى أدنى اضطراب بكمودة الشهية وراحة المريض في الساعتين التاليتين لالا كل وتطافة اللسان وهذه ربما تقودنا الى الخطأ والبحث عن ينبوع المرض في اضطراب آخر غير اضطراب الهضم فان وجد مع ذلك تألم محدود ومتفاوت الشدة في جزم من أجزاء المراق الايمن عسر على الطبيب ولو المشهور بالمهارة الحكم بان هناك آفة منمنة في المعى وليعلم انه كثيرا ما يوجد في الاعضاء الاقول من القولون التصاقات عظيمة بينه وبين الكبد تؤدي لا تلقاء المعى وتضايقه بحيث ان زيادة حساسية المريض في هذا القسم بالضغط ترجع تشخيص النزلة المعوية المزمنة عن تقييمها ومعاين على تشخيص هذه النزلة تشاقل الاعراض عند ما يحصل للمريض امساك مدة طويلة وستكلم فيما يأتي على تميز النزلة المعوية عن بقية أمراض المعى لكن تذكر هنا انها مرض كثير الحصول جدا وانه ينبغي للطبيب عند الحكم على

الاحوال المرضية أن يعود نفسه على ان يلتفت أولا الى الامراض الكثيرة
الحصول عادة فان الاطباء طوته ودوا على ذلك لقلبت شكاوى المرضى من عدم
نجاح علاجهم ودعوى انهم لم يحصل لهم راحة الا من وقت استعمال بعض
حبوب مارشون المسهلة

• (الحكم على العاقبة) •

الحكم على النزلة المعوية يستقبح مما ذكرناه في سير هذا المرض فالنزلة المعوية
الحادة المصحوبة بافراز معوى غزير وازدياد في حركات المعى مرض غير
خطر في الغالب وقد يكون للاسهال تأثير جيد بالنسبة للقذف المواد المضرة
الواصله الى المعى وايضا النزلة المعوية الخفيفة التي تحصل زمن التسقيف
عند الاطفال المستعدين للاحتقانات الخفية والرئوية من الطواهر التي
يتمنى حصولها لهم لكن يجب على كل طبيب ان يحذر واهل الطفل من ان
يعتقدوا اعتقادا فاسدا ان جميع الاطفال يلزم ان يكون عندهم اسهال
مدة التسقيف وانه لا ينبغي ان يعالج الاسهال الذي يحصل في اشائه فان هذا
الاعتقاد مع كونه منتشر خطر جدا وهو السبب غالبا في ان الطبيب
لا ينبذ الا اذا حصل للطفل نهوكة عظيمة ووصل الى حال مصيرية وايضا
الاسهالات المزمنة عند الاطفال جسيمة العاقبة غالباً متى بودر معالجتها
معالجة لائقة وكذا الالتهاب الاعورى وما ينتج عنه لا خطر فيه غالباً على
حياة المريض كما يفتاد ذلك عند الكلام على سير هذا المرض وأما القروح
المعوية الجراحية فهي خطيرة جدا خصوصا وانها لا تحصل الا في الاشخاص
المنهوكين عادة

• (المعالجة) •

دلالات المعالجة السببية في الاحوال التي فيها تكون النزلة المعوية متعلقة
باحتمقانات احتباسية لا يمكن اتمامها بوساطة شافية الا نادرا فانه يندر جدا
زوال العائق المانع لسهولة استقراغ الدم من الاوردة المعوية والغالب
في مثل هذه الاحوال ان لا يتأق للطبيب الا اجراء معالجة تسكينية عقب
مراعاة الاسباب الاصلية فياهم المصابين بالنزلة المعوية الناجمة عن
احتقان وريدى مثلا بارسال العلق على دائرة الشرج زمنا قزما سيما عند

ما يحصل ثورات في مكابدات المريض و كثيرا ما يحصل عقب تكرار ارسال
العلق في أزمنة منتظمة ككل أربعة أسابيع مثلا لنزيف دوري ذاتي من
الاوردة اليا سورية يحصل منه للمريض راحة عظيمة جدا وعند ما تكون
النزلة المعوية الحادة ناشئة عن تأثير البرد تستدعي المعالجة السريعة ملازمة
المريض فراشه وقعا على المنقوعات القاترة وأجودها منقوع البابونج
او النعناع القلقل او تدفئة البطن بحارم مدفأة على النار ويجب على المريض
المصاب بنزلة معوية منمنة نالجة عن تأثير اقليم بارد رطب ككثير الرياح
استعمال جوارب الصوف يغيرها كلما أحس ببرودة في الاقدام ومن الداج
الموصى به في مثل هذه الاحوال وضع محارم من الصوف على البطن وليوص
النساء المصابات أيضا بنزلات معوية منمنة باستعمال ألبسة من نسيج دافئ
تحتن خصوصا مدة الشتاء وليم الطبيب ان ترك هذه الاحتراسات او عدم
الاتفات اليها والتقص عنها عند النساء اهمال لاحدى الوسايط العلاجية
التي كثيرا ما تكون أهم من غيرها من الوسايط الصحية والدوائية في شفاء
المرضى

والنزلات المعوية المزمنة للاطفال النالجة عن تغذية غير لائقة تستدعي
معالجتها السريعة تنظيم التدبير الصحي والتحكم بهذه الواسطة بعقبه النجاح
العظيم غالبا ومن النادر تحمل الاطفال التدبير الغذائي اللين مدة الاسمال
فالا جود ان يعطى لهم امرأ قويمة من السوم او مقادير صغيرة جدا من لحم
المجول الصغيرة المبشورة وهي ينشع قليل من الخبز وقليل من النبيذ الحلو
كتبيذ التوكيرا والمالحا اذ بهذه المعالجة يزول في زمن قليل الاسمال الذي
كان قد استعصى عن بقية الوسايط العلاجية وتعود الاطفال المنهوكون الى
صحتهم بسرعة كذلك وأما استعمال الرثيق الحلو وغيره من الجواهر الدوائية
المستعملة في النزلات المعوية فقد تقدم الكلام عليه وعندما يكون
سبب النزلة المعوية احتباس مواد ثقيلة صلبة في القولون او في جزء آخر
من المعى ينبغي ابتداء المعالجة باعطاء مسهل ومعاينة المواد الثقيلة بعد
مجزأها في قصيرة المريض للبحث عن وجود مواد ثقيلة صلبة بجوار المواد
السائلة حتى يمكن بذلك الوقوف على الحقيقة وتتمسك بهذه القاعدة أيضا

في معالجة التبرلات المعدة فيعتقد أجماع الجلة الالتهاب القزلي القولوني الذي يمينه
 بالدوسنطاريا التزلية بأعطاء مسهل فكثيرا ما يكفي في مثل هذه الاحوال
 أعطاء مقدار او افر من زيت الخروع لاجل ازالة آلام البطن والزعج والمواد
 المخاطية المدعمة زوالا تاما في ظرف ساعات قليلة ويكون التبخار أقوى
 واظهر في الاحوال التي فيها كانت المرضى مسفرة على تعاطي الشوربات
 الغروية والاستحضارات الاقيونية وكانت مكابدهم مع ذلك لم تزل متزايدة
 واما الاحوال التي يكون فيها عندهم امساك اعتيادي ناشئ عن انخفاء
 او انجذاب أو تضيق في المعى وأدى هذا الامساك الى حصول التزلة المعوية
 فلا يمكن فيها اتماع دلالات المعالجة السببية الابيضية غير تامة حيث كان
 للصناعة قوة على ازالة الامساك الاعتيادي لاعلى ازالة السبب الاصل له
 ومثل هؤلاء المرضى لا يحصل عندهم راحة الا من استعمال المسهلات على
 الدوام ولذا ينبغي الالتفات التام الى استعمال الجواهر والبركان المسهلة
 التي يلزم استعمالها والقانون العام من كونه ينبغي للطبيب ان يسلك
 البساطة في اوامره الطبية لا يعمل به في الاحوال التي فيها يراد المداوة على
 استعمال المسهلات زمانا طويلا فان المركبات المسهلة المأخوذة من الراوند
 وراتنج الجلبة والصبر والحنظل أجود تأثيرا من استعمال كل من هذه
 الجواهر على حدة وحيث ان المقصود في مثل هذه الاحوال الحصول على
 نير وفزير بجهنني غير سائل فينبغي للطبيب تكرار التجربة ما أمكن حتى يصادف
 التركيب والمقدار المناسبين لحالة المريض ولا مانع في مثل هذه الاحوال
 من تجربة بعض الحبوب المسهلة الموجودة في الاجزاء فان تحيوب استعمال
 وغيره وأن يؤمر باستعمال عدد مخصوص من الحبوب المذكورة حتى يجد
 ما فيه فمرة له ونجاح هذه الطريقة في شكل الامساك المذكور أخيرا عظيم
 للغاية واستعمال الحقن بالماء البارد وان كان جيدا الا انه لا يكفي في جميع
 الاحوال لاسيما مع طول المدة فلا يوصى به الا بقصد مساعدة للمعالجة
 ويساعد تأثير المسهلات باستعمال بعض الوسائط التدبيرية الصحية بدون
 ان يمكن توجيه تأثير هاف بعض الاشخاص مثلا فيحصل له راحة من شرب الماء
 على الريق او من شرب التبغ وبعضهم من تعاطى الخبز مع الزبد والقهوة

وبعضهم من تعاطى بعض الاعمار المطبوخة أو المرببات وكذا الرياضة بالمشي
على الخيل كثير ما تساعد في المعالجة أيضا لكن لا ينبغي المبالغة في تأثيرها
وبالجمله فينتفي ايضا أمر المرضى بالذهاب الى المرحاض والاجتهاد في البراز في
ساعة معينة كل يوم

وقدمدح كل من الطبيب بريتونو وترسو البلاودنا (اى ست الحسن) في
معالجة الامساك الاعتيادى المستعصى وفي ضعف المني المصعوب بسوء
الهضم وكلاهما لا يعطى هذا الجوهر الدوائى بكمية قليلة مضاعفا للجواهر
المسهلة الشديدة كما هو العادة عند أغلب الأطباء بل يعطيه بانثراده بان
يعطى من مسهوق أوراق البلاودنا من خمس حبة الى ربع قحمة مع جزء مماثل
من خلاصتها ونجاح هذه الطريقة وان كان ليس أكيد في جميع الاحوال
كما بالغ في ذلك الملم ترسو لا ينكر انه ناجح في كثير منها فان كثيرا من المرضى من
يمدح المعالجة بحبوب البلاودنا وبفضلها على استعمال المسهلات الشديدة
التي كانت تعطى لهم من قبل ويذكر أنه حصل لهم من ذلك راحة تامة حتى كأنه
ولم يجديدا وماذا لك الامن اعتدال صحته باستعمال هذا الجوهر الدوائى
الذى فضلا عن كونه جيد التأثير ليس له مضرة مثل المسهلات الشديدة التي
كانت تستعمل عنده على الدوام ومع ذلك فالى الآن لم تعرف حق المعرفة
اشكال الامساك الاعتيادى المستعصى التي فيها يفضل استعمال البلاودنا
على استعمال المسهلات الشديدة والاشكال التي لا يصح استعمالها فيها
ويتعشم انه بالمشاهدات يمكنه ان يسيان في التحقق من اشكال الامساك
الاعتيادى التي فيها تستعمل البلاودنا مع النجاح

وكذا في التهاب الاورى البرازى تستدعى المعالجة السميكية بتعبد المواد
الثقابة المتجمعة في الاعور والقولون الصاعد غير انه يلاحظ في ذلك
احتراسات مخصوصة فان كانت الحالة حديثة وغير مصحوبة بغير موجب
اعطاء زيت النعنع بمقدار مناسب من نصف اوقية الى اوقية وأما اذا كان
قد حصل التي وخشى من تفاقم الزيت فليأخذ فيجب تجنب الاجتهاد في الحصول
على احداث البراز بواسطة المسهلات وخصوصا ينبغي عدم الوقوع في الخطأ
من استعمال مسهلات شديدة فانه مادام موجودا عاتق في المني يمنع اندفاع

منصلها الى اسفل لابد وأن استعمال جميع الوسائط التي تزيد في الحركات المعوية يدفع هذه المواد الى اعلى فقط ويزيد في حركات التي موفى مثل هذه الاحوال الاخيرة بعد استعمال الحقن بالطلبات ذات المكبس من الوسائط النافعة جدا ولا يمكن تعويضها بالحقن البسيطة مهما تكررت استعمالها ويمكن في مثل هذه الاحوال دفع كمية عظيمة جدا من السائل بقدر أربعة ارطال او ازيد حتى يحصل على النتيجة المطلوبة وحيث ان الماء يمكن امتصاصه في المعى الغليظ ينبغي ان يضاف له ملح الطعام او الزيت او اللبن او العسل والعادة ان يزول التي باستعمال هذه الوسطة ولولم تندفع كمية عظيمة من المواد البرازية الى الخارج بل يحصل ذلك عند اندفاع كمية قليلة جافة متينة منه تدل على ان السائل وصل الى المواد البرازية المتجمعة واحداث فيها ليا وحركة لكن متى خرجت مواد برازية غزيرة ينبغي قطع استعمال الحقن ولومع استقرار الورم في الحفرة الحرقبية فان جدد المعى او البريتون ان كان ملتبسا حصل من الاستمرار على الحقن واحداث حركات قوية في المعى ازدياد في الالام والالتهاب

واما معالجة المرض نفسه اى المؤسسة على طبيعته فلا يحتاج فيها الاستعمال الاستقرائات الدموية العامة واما ارسال العلق فلا يحتاج له الا في معالجة الالتهاب الاعورى فانه في هذا الشكل من الالتهاب المعوى يحصل من ارسال عشر علقات الى عشرين على الجهة اليمنى السفلى من البطن واستعماله القريب بواسطة الضمادات القاترة راحة عظيمة جدا بل ويجوز تكرار ذلك عند ثوران الالام فلما واستعمال التبريد نافع كذلك كما ذكرنا ذلك في الهمضة الافرادية وله تأثير جيد خصوصا في أشكال النزلة المعوية التي يكون فيها الاحتقان المعوى عظيما جدا ومضوبا بافراز غزير كما انه نافع في أشكال الالتهاب المعوى النزلي الشديد الذي يظهر عقب الحرق المتد و يكون مضوبا بالام شديدة وأجود طريقة في استعمال التبريد يكون بواسطة وضع رقائد مبتلة بالماء البارد منعصرة عصر احياء و يكرر وضعها على البطن في ازمة قصيرة وأما في شكل النزلة المعوية المزمنة خصوصا المعوية باسمالك فالأوفق فيها استعمال وضعيات منبهة مدققة سيما

استعمال وضعيات بريسنيز (أعنى الرافد المبته التي تترك على البطن حتى
تسخن) فيوم المريض اما بوضع هذه الوضعيات الباردة التي تعطي بحزام
جاف بلا او تترك على البطن حتى تسخن او لا تغير طول النهار الا مرتين
او ثلاثة وفي شكل التزلة المعوية المعصوبة بافراز من مواد مخاطية لزجة
تستدعى معالجة المرض نفسه استعمال المياه المعدنية والينابيع الطبيعية
التي اوصيناها في الشكل المشابه لذلك في التزلة المعوية المزمنة وكذا
الجواهر القابضة لاسيما ترات القضة والتين فانه ما ياتى بهما القابض
يلطقان استرخاء الغشاء المخاطي وينقصان احتقانه وبذلك يكونان مطابقين
للدلالات العلاجية المرضية وينضم لهذين الجوهرين الجبدي التأثير
خصوصا ترات القضة الذي يستعمل بنجاح عظيم في التزلة المعوية المزمنة
عند الاطفال بمقدار صغير جدا الكانداليندي وصمغ الكينو وجذر ساق
الحمام وجذر الكسكس (اي قشر العنبر) ونحو ذلك غير ان الامور التي
تجوز استعمال احدها الجوهر الدوائية وتفضل على غيره في الاحوال
المتعلقة لم تزل مهمة علينا والعادة ان يستعمل احدها بعد الاخر ان لم يثمر
الاول واستعمال القوابض على شكل الحقن لا يوصى به الا في احوال التزلات
المعوية التي يحملها المعى الغليظ فان الحقن ولو العظيمة لا تنجح والصحاح
الامورى للقائى مطلقا فلا تصل الى المعى الدقاق وفي احوال التقرحات
المعوية الجراحية يوصى باستعمال حقن من ترات القضة (من فميتين الى
اربعة في ست اواق من الماء) او كبريتات الخارصين او التين (نصف درهم
على ست اواق من الماء) فانها احسن واسطة علاجية في ذلك لكن يتأسف
من عدم تحمل استعمالها في جميع الاحوال

وأما المعالجة العرضية فتستدعى في جميع الاحوال التي فيها لا يعتبر الاسهال
ظاهرا فمجرد بل ظاهرة خطيرة مقاومة هذا الاسهال وعلى الطبيب ان يعرف
في جميع الاحوال الوقت الذي فيه ينبغي قطع الاسهال فانه لا توجد قاعدة
عامة في ذلك والعادة ان يجتهد ابداء في الجمول على ذلك بواسطة التدبير
الغذائي فيوم المريض باستعمال المشروبات الغروية كغلي الشعير
والرز والقمح مع تعاطي الشرب من الرز والحبين الخبز الجف وأما الحجاج

أمر ارق الضأن الدسمة في إيقاف الامهال كما تعتقده العوام فأمر غير محقق
وزيادة على هذه المشروبات الغروية تستعمل مشروبات علاجية قليلة
القبض كالنيبذ الاحمر وعلى جوز البلبوط الحمص (أعني قهوة البلبوط) وهو
ذلك من المشروبات القابضة وهذه الوسائط الخفيفة تكفي في كثير من
الاحوال الخفيفة لقطع الامهال واما في الاحوال الثقيلة فينبغي فيها لقطع
الامهال استعمال الجواهر المضادة التي سبق ذكرها كثرات القضة في
الاسهالات المزمنة للأطفال والكاذب الهندي (دوهمين في ستأ واق من سائل
غروي يعطى منه كل ساعة او ساعتين مل معلقة معتادة) في الامهالات
المزمنة للبالغين فان لها تأثيرا جيدا الى الغاية واما خللات الرصاص فتأثيره
غيرا كيد وزيادة عن خطره فلا حاجة لذكر استعماله وأجودا الوسائط
العلاجية لقطع الامهال وأكثرها نجاحا واستعمال الافيون ولو أثلا لنعلم
كيفية تأثيره في ذلك معرفة جيدة ولذا اني كان هناك خطر من وجود الامهال
واستقراره واقتضى الحال لعلها بسرعة فيجب استعمال صبغة الافيون
البسيطة او الزعفرانية (من جرام الى نصف درهم في ست او اذن من محلول
غروي) او منقوع خفيف من عرق الذهب يعطى منه للمريض مل معلقة
كل ساعة واستعمال الافيون على شكل حقن جيد الثمرة ايضا كاستعماله
من القم

(تنبيه) من هذا القبيل ما يستعمل بكثرة في هذا العصر تحت تترات البرزوت
اما على هيئة مسحوق او القشطة البرموتية وينبغي ان يكون استعماله هنا
بحذر عظيم اعني من جرامين الى غمائية فايزد وتأثيره في مثل ذلك ينسب ولا بد
الى دوسوبه على سطح المعى المتغير وتكوينه لطيفة لا تفلت عن منع من التأثير
المهيج لتصل المعى الى ما عليها

واما التغير المعوي التيفوسي فليس هو الا عبارة عن تغير غير قار على الدوام
من جهة التغيرات التي تعترى الجسم المصاب بالتيفوس وليس من الممكن
شرحه على اقرا دبدون شرح جميع المرض التيفوسي وزيادة على ذلك
ان التغير المعوي التيفوسي عبارة عن تقيح التسمم النوعي الذي يعتبر اصلها
في التيفوس ولهذين السمين سنشرح التغير المعوي عند الكلام على

التفوق في مجت الامراض التسمية العامة
 ويتعكس ذلك بالنسبة للتغير المعوى الذى يشاهد في الهيمزة الاسمية وفي
 الدوسنطاريا الناتجة عن مؤثرات ميازمية فان التغير المعوى في كل من
 هذين المرضين قارفا لا يقد ابد اوجميع اعراض كل من هذين المرضين يمكن
 نسبته للتغير المعوى ففي هذا المبحث وان لم تسلم الاعلى الهيمزة الافرادية
 والدوسنطاريا التزاوية لم تعرض لتسلككم على الدوسنطاريا الوبائية والهيمزة
 الاسمية وأخرنا ذكرهما في مجت الامراض التسمية في ذلك الارتكازا
 على معرفة الاحوال السببية لهذين المرضين وانهم امن هذه الحقيقة باعتبار
 من جهة الامراض التسمية العامة

(المبحث الثانى)

(في القرحة الاثني عشرية الناقبة)

جميع الاحوال المرضية المذكورة في المنشورات الطبية والرسالات
 المذكورة في بعض كتب علم الامراض الباطنة المختصة بامراض الاثني
 عشرى والمعنى وخصوصاً احوال قروح هذا العضو الناقبة كانت متشعبة
 وغير مرتبة والفضل في ترتيبها وشرح هذا المرض شرحا شافيا للمعلم
 (كروم) بحيث يمكننا الآن مع البيان ذكر هذا المرض الذى هو ليس نادر
 الحصول

(كيفية الظهور والاسباب)

قد انضغ الا ن من الشرح المطابق للتغيرات التشريحية لهذا المرض
 واعراضه وسيره وانتهائه ان كيفية حصول القرحة الناقبة للاثني عشرى
 كحصول القرحة الناقبة للمعدة يعنى ان هذه القرحة ليست ناتجة عن قروح
 مخصوص بل ناتجة عن موت وتشكرو بعض اصغار الغشاء المخاطى والتأثير
 المذيب للعصير المعدى على هذا الصغر المتشكرو من المعى

وبعسر علينا ذكر شي كيد بالنسبة لكثرة حصول القرحة الاثني عشرية
 اولته فانه كثيرا ما يحصل القروح الاثنا عشرية وتشفى قبل ان يحصل
 عنها ثقب كما انه كثيرا ما لا تنتظر اثر هذه القروح الالتحامية في الجثة
 ولا يلتفت لها وقد شاهد المعلم (ويل) في الطبعة نشر مجلة في محل

الصفات التشريحية في (براج) حالتين من القرحة الاثني عشرية الثاقبة مع كونه شاهداً من القروح المعديّة الثاقبة أربعاً وسبعين حالة منها ما هو ملتهم ومنها ما ليس كذلك ويظهر أن القرحة الاثني عشرية الثاقبة على العكس من القرحة المعديّة الثاقبة أكثر حصولاً في الرجال دون النساء ولم تشاهد مطلقاً في سنن الطقولية وأغلب المرضى الذين شاهدتهم المعلم (كروس) كانوا في السن المتوسطة ولأيتاً كد من الاطلاع على المشاهدات المذكورة أن القروح الاثني عشرية لها اسباب متممة مخصوصة لاسيما الحرق المستد على الجلد

(الصفات التشريحية)

الغالب أن يكون مجلس القرحة الاثني عشرية الجزئية العلوى المستعرض من هذا العضو وقد شوهد مجلسه في بعض الاحوال النادرة في الجزء النازل من هذا العضو وشوهد في حالة واحدة في الجزء المستعرض السفلى له وذلك المعلم (ليبرت) أن القرحة الثاقبة تشاهد في جميع امتداد المعى وان كان نادراً وفي الاحوال الحديثة من هذا المرض تكون حواف هذه القرحة مقطوعة قطعاً منتظماً وليست منتفخة وقد الجواهر في الغشاء المخاطي أكثر منه في الطبقة العضلية وفي هذه الطبقة أكثر منه في الطبقة الحشوية والقروح المزمنة تكون حوافها ثخينة متباعدة بسبب التكوّنات الخلوية فيها وفي بعض الاحوال تكون الاعضاء المجاورة قاع القرحة الاثني عشرية فيها إذا كان حصل التصاق قبل تمام الشق وبذلك كسطح الكبد او البنكرياس او الحوصلة المرارية وقلبي حصل عقب ثقب هذا العضو الاخر وتأكده على التدريج استطرق ناصورى بين الحوصلة المرارية والاثنى عشرى وقد تلصم القرحة الاثني عشرية الثاقبة كالقرحة المعديّة ويعقبها اثره الصام كثيرة الانكماش احياناً وهذا يؤدى لتضيق الاثنى عشرى كما انه قد يحصل من ذلك الالتصام تضيق في القناة الصفراوية

• (الاعراض والسير) •

قد ذكرنا بعض أحوال عند الكلام على القرحة المعديّة المستديرة فيها يكون كل من الانهاب البريتونى القتال والقيء الدموى الخطر هو العلامة الوحيدة الابتدائية التي يمكن بها تشخيص هذا المرض الخطر ويظهر أن

القرحة الاثني عشرية الثاقبة تحتفي أعراضها أكثر من أعراض القرحة
المعدية الثاقبة وتبقى كأمسة الى حين حصول الانتهاء المحزن ولا يترقب على
ما ذكرناه أن المرضى تبقى في حالة صدمة مستمرة الى حين الانتهاء المذكور
لا بد وأن يحصل عندهم اضطرابات في الهضم واجسام باعلاء وضيق في
القسم الشراسعيني يزداد عقب الاكل وتآلم في هذا القسم يزداد بالضغط
وجميع هذه الظواهر تسبق حصول التقايب الدموي او الثقب المعوي
ولكن في الغالب لا يهتم المرضى بها ولا يرتكن اليها في الوقوف على حقيقة
تشخيص هذا المرض وفي اجزوال اخرى قد تكون الاعراض المصاحبة لاسر
هذا المرض عين الاعراض التي تصاحب الثقب المعدي وتكون واصفة
له وذلك كالآلام المعدي والتي الدموي الذي يحصل زمانا زمتا وقد اتضح من
ملاحظات الاحوال المعلومة لنا عدم صحة أن كلام الام المعدي والتي
يتأخر حصوله في احوال القرحة الثاقبة الاثني عشرية عن القرحة الثاقبة
المعدية كما اتضح ايضا انه لابد وان يكون مجلس الام ساقطا الى الجهة اليمنى
والسفلى من القسم الشراسعيني وزيادة على ذلك لا يحصل البرقان بكثرة في
احوال القرحة التي نحن بصدد بحثها بحيث ان التشخيص التميزي للقرحة
المذكورة ليس له سند يرتكن اليه وانما الذي يتضح من مدة اصطحاب
القرحة الاثني عشرية الثاقبة بالبرقان هو ان هذه القرحة كالقرحة المعدية
لا تصطب على الدوام بل ولا في الغالب بتغيرات تربية في الغشاء المخاطي
ولو كان هذا الاصطحاب كثيرا لحصول اضطرابات التغذية بسرعة في
القرحة المعدية واصطعبت القرحة الاثنا عشرية كثيرا بانسداد في القناة
الصغراوية واحتباس في المقرات وامتصاصها (اعني بالبرقان) وعلى هذا اتفق
حصل التهاب بريثوني لجاني عقب اضطراب خفيف في الهضم لا يمكننا الحكم
القطعي بأنه حصل ثقب في قرحة معدية او اثني عشرية كما انه لا يمكننا قطع
الحكم في ذلك عند مشاهدة مجموع الاعراض السابق ذكرها أعني الاحساس
بالضغط والامتلاء في القسم الشراسعيني عقب الاكل وازدياد حساسيته
والآلام المعدية والتي موضح ذلك انما هو من حيث ان القرحة المعدية أكثر
حصولا من القرحة الاثني عشرية فالغالب ان يكون مجلس القرحة المعدية

للاثنى عشرى وبالجملة فقد ذكرنا أحوال مرضية في كتب الطب فيها
 أصحبت القرحة الاثنا عشرية بالمرأى على نوب واستنتج من كون مجلس
 هذه الآلام في الجهة اليمنى من القسم الشراسيقي ومن حصولها بعد الأكل
 بثلاث أو أربع ساعات ومن فساد الهضم المحضى ومن تعدد المعالجة الواضح
 جداً أن المريض مصاب بقرحة اثني عشرية على غلبة الظن ومع ذلك ففي
 مثل هذه الأحوال لا يمكن التمييز بين التضيقات البسيطة والتضيقات
 السرطانية للبواب

وحيث أنه يمسر علينا التمييز بين القرحة المعدية المنقصة والتي شغبت
 وخلفتها آثره التهام فلا بد وأن نعذر علينا عدم التمييز بين القرحة الاثنى
 عشرية المنقصة وآثره التهام التي شغبت والانتهاب البريتوني الذي ينشأ
 عن شغبت القرحة الاثنى عشرية يتصف بعين الظواهر التي تحصل من شغبت
 القرحة المعدية غير أنه يظهر أنها أسرع منه في السير وما ذلك إلا بسبب
 اختلاط المواد الصغراوية بالمواد المتسكبة في البطن

• (المعالجة) •

معالجة القرحة المعدية الناقصة تستند على عين الوسايط التي ذكرناها في
 معالجة القرحة المعدية كنظيم التدبير الغذائي واستعمال مياه الينابيع
 الطبيعية القلوية أو القلوية الحمية خصوصاً المياه الفاترة القلوية كينايك
 (كرلوس باد) و (امس) وكذا تستعمل في بعض الأحوال تترات البزموت
 او تترات القصص من الباطن وعند وجود آلام معدية شديدة تستعمل
 المخدرات

• (المبحث الثالث) •

(في تضاييق القناة المعوية وانسداده)

الاجود شرح جميع التغيرات المتنوعة التي تحدث تضاييقاً وانسداداً في
 المعى في مبحث واحد فان معظم الاعراض التي تنجم عنها واحدة
 • (كيفية الظهور والاسباب) •

تضاييق المعى وانسداده قد يكون أولاً ناتجاً عن ضغط أو كثر ما يحصل من
 ذلك ضغط المستقيم بواسطة انقلاب الرحم أو أورام في الحوض كأورام

الرحم البقية او الاكياس الميضية التي تشغل عند ازدياد حجمها محلا غير
اعتيادي أو الاورام أو الخراجات التي ينشأ عنها عظام الحوض او غيره من
الاعضاء وقد يضغط بعض أجزاء من المني الممتلئة بالمواد السفلية او المكابد
للاستئصال السرطانية على أجزاء معوية كائنة أسفل منها كما ان الضغط قد
يكون واقعا من جرم مساريقي منجذب الى أسفل بواسطة عروة معوية
منحصرة في كيس فتقى على بعض أجزاء المني الكائنة بين هذا الجزء المساريقي
والعمود الفقري

فلما قد يكون تضاييق المني ناتجا عن تغير مادي في الجدر المعوية كما هي اغلب
أشكال التضاييق المعوية وأكثرها حصولا ينشأ عن التهام القروح المعوية
سيما القروح التقرنية والجراحية والدوسنتاريا وينتج التضاييق
المعوية عن التهام القروح الدرقية ولا يحصل أبدا عقب القروح التيفوسية
وقد تشاهد تضايقات ندية في المستقيم عقب التهام قروح زهرية او جروح
فيه ويندرج ما يشاهد التضاييق البسيط في المني اى الناتج عن مجرد ضخامة
في جسده كما يشاهد ذلك أحيانا في المري أو البواب وقد يصح - ل التضاييق
المعوية من تولدات مرضية جديدة سيما التولدات السرطانية وسيأتى ذكر
ذلك

فالناقد يكون انسداد المني عن التوائه على محوره فان التواء المني ولو نصف
التواء يكفي في ازالة تجويفه وحصول الانسداد يتم اما بالتواء الجزء المعوي
على محوره واما بالتفاف المساريقا بقامها أو جرم منها مع العروة المعوية
المرتبطة بها واما بالتفاف إحدى العرا المعوية مع الجزء المساريقي المرتبطة بها
على عروة معوية أخرى وعما هي للحصول الالتفافات المعوية على محورها
كثرة طول المساريقا واسترخاؤها

وابعا قد يكون انسداد المني عن اختناق الباطن ويحصل ذلك متى دخلت
إحدى العرا المعوية في ثقب في التجويف البطني او اندفعت خلف رباط
متورفيه واحتسبت بذلك فقد يحتنق جرم معوي في ثقب (ويترو) أو في
ثقب عارض او خلف في الثقب أو في المساريقا والغالب ان تكون الالفة التي
تؤدي للاختناق الباطني بقايا التهاب بريتنوني يحصل من قبل وقد توجد بين

الأعضاء المختلفة خصوصاً بين الرحم والأعضاء المحيطة به وقد تلتصق إحدى
 العرا المعوية حول الثرب المتوتر المثبت في الأسفل أو حول المعلقة الدودية
 المتصق طرفها به فتختنق بسبب ذلك

خامساً قد ينسد المي عقب اندفاع جرم معوي في تجويف الجزء التالي له
 والغالب أن يحصل هذا الاندفاع من أعلى إلى أسفل ويسمى ذلك بالتغصم
 المعوي وإذا حصل انسداد المي عقب انعطاف جرم معوي على نفسه سمى
 ذلك بالتداخل المعوي ومتى وقع التداخل المذکور ذكرنا كم ثلاث طبقات
 من المي على بعضها فالطبقة الظاهرة أو العليا تسمى بالغمدة الوسطى
 والباطنة يسميان بالتغصم دتين فالطبقة الظاهرة والوسطى يتلامسان
 بسطحيهما الخارجيين والوسطى والباطنة يتلامسان بسطحيهما الداخليين
 وتوجد المساريق متوسطة بين الطبقة الوسطى والباطنة وحيث أنها مشبعة
 لقاعدة فتجذب التجذبات الشديدة عند تداخل المي فينجذب الجزء المثبتة فيه
 بانجذابها فيكتسب الجزء المعوي المتغصم شكلاً منحرفاً وفتحة تصول من
 المركز نحو جدار الغدة فتكتسب شكل شق ضيق منجذب وبواسطة توارد
 لمواد الهوى عليه المي يدفع الجزء المتغصم إلى أسفل تدريجاً وأما الجزء
 المعوي الظاهر فيزداد انعطافه والتداخل المعوي يشاهد في المي الدقيق
 والغليظ ولا يندر أن يوجد الجزء السفلي من المي الدقيق متداخلاً في المي
 الغليظ وهناك أحوال شوهدها الصمام اللقائقي الأعوري قريباً جداً من
 الشرج أو بارزاً منه ثم إن التداخلات المعوية تنشأ غالباً بمدة سير الأسهالات
 المزمنة وكيفية حصولها على غلبة الظن أن جزءاً من المي ينقبض انقباضاً
 قوياً بالحركات الديدانية ويستطيل مع ذلك ويتجه نحو الامام كدوة
 ساجدة فيدخل بقدر ما تسمح له لاقعة البريتون وتثبته بالمساريق فيبقى جزء
 معوي آخر أسفل منه غير منقبض تلك الحركات فعند ذلك ينجذب جزء من
 هذا الأخير تبعاً للأول وينعطف وبواسطة حركات ديدانية جديدة يزداد
 اندفاع الجزء المتقدم من المي في الجزء الظاهري المتغصم إلى أن يقف اندفاع
 الجزء الباطني المذکور وبواسطة مقاومة المساريق بالالتصاق القنوات
 المتداخلة في بعضها وقد يشاهد تداخل معوي وتداخلات معوية قسيرة

في جثة الاطفال سيما الهالكين عقب الاستسقاء الدماغى لكن هذه
التداخلات تدعى بطواهر رمية حدثت عند التزع كما ثبت ذلك فقد
الطواهر الانتمائية والظاهر ان حصولها قد يكون ناتجا عن انقباضات
معوية غير منتظمة بها تدخل الاجزاء المنقبضة من المعى في الاجزاء المنسعة
منها ثم انه في امر ينبغي ملاحظته وهو انه قد تشاهد انقباضات معوية ظاهرة
من خلال الجدر البطنية عند بعض الحيوانات قبل موتها بقليل وذلك بعد
حصول شلل في المجموع الدماغى الشوكى

سادسا قديت سد المعى بواسطة المواد الثقيلة الجافة الصلبة المتراكمة فيه او
تجمعات حجرية - تتكون في مواد ثقيلة متكاثفة ورواسب من املاح
فوسفاتية وكاسية والانسداد الناشئ عن ذلك قديت يكون تاما بالكلية
والاعراض التى تظهر مدة الحياة تكون خطيرة جدا كما في الاتواء المعوى
والاختناق الباطنى والتداخلات المعوية والاحوال التى فيها زال كل من
تقايى المواد الثقيلة والامساك المستعصى بواسطة تعاطى الرقيق المعدنى
بكمية عظيمة وغير ذلك من الوسايط القوية لا ينبغي اعتبارها احوال شفاء
للاختناق المعوى الباطنى بل دالة غالباً على ان احتباس المواد الثقيلة ينتج
عنه مجموع الاعراض المعبر عنها بالقوانج وبمغص (رب ارحم) والانسداد
الكللى للمعى بواسطة المواد الثقيلة المتراكمة قديت اهدى الحال التى فيها
عائق ميضائى يعوق دأ عماسير متصل المعى فيه او يبطئه وذلك كما على محال
اتقاء المعى او التصاقاته التى سبق الكلام عليها فى المبحث السابق وكما على
الاصفار المنضغطة من المعى وأعلى التضايقات المختلفة منه ويظهر فى احوال
اخرى ان ضعف حركات الطبقة العضائية من المعى او تناقص افرازها المخاطى
يعين على تجمع المواد الثقيلة السادة له وقد ينشأ هذا الشكل من الانسداد
المعوى عن الافراط من تعاطى المواد الغذائية التى تتكون عن مواد ثقيلة
بكثرة كتعاطى البقول والخبز المحتوى على كثير من النخالة او من تعاطى
الهليون غير جيد التمشير

(الصفات التشريحية) *

أما شرح الاورام المختلفة التى يمكن ان تضغط على المعى فيضرب جناعن

الموضوع والكلام على الصفات القشرية بحسب التضايقات المعوية يذكري
بمبحث التغيرات المرضية التي تنتج عنها وتغيرات أوضاع المعوية لأنسداده
قد سبق الكلام عليها في هذا المبحث

ويوجد المعوي أعلى محل التضايق ممدداً مقدداً عظيماً عادة ومتمرجحاً تعرجاً عظيماً
بسبب استطالته وهذا الجزء من المعوي تكون جدره ذات ضخامة ويخوي فيه
متملئاً بالغازات والمواد الثقيلة ويوجد المعوي أسفل محل التضايق فارغاً ومنطبقاً
على بعضه والغشاء المخاطي في المحال المتجمع فيها المواد الثقيلة زمن طويلاً
يوجد بحسب العادة هذا التهاب نزلي مزمن يشور زمنافزماً فيقتل في الحالة
النزلية الحادة وعند انسداد المعوي تضغط أو عتبه وأوعية المساريقا وتوتر
فينتج عن ذلك احتقان عظيم في الأوعية الشعرية يؤدي لمصول استفاخ
عظيم في جدر المعوي والتهاب نزلي شديد في غشائه المخاطي وارتشاح مصلي
في الطبقة المصلية وأنزفة قليلة فيها والغالب أن ينضم لهذه التغيرات التهاب
بريتوني كثيراً لا امتداداً وقليل ثم إذا بقي الضغط الواقع على الأوعية وتوترها
نتج عن ذلك ركود الدم فيها ركوداً تاماً ووقوع الجدر المعوي في
الفتغرينات

وفي هذه الحالة يمكن أن يفتأ عن ذلك تنقب في المعوي يكاد يؤدي إلى الهلاك
عقب الالتهاب البريتوني الثقيل وهناك أحوال نادرة فيها تكون جدر المعوي
قبل التنقب ملاصقة بجدر البطن وحينئذ يمكن أن ينتج عن ذلك ناسور
برازي أو نرج غير طبيعي وشرح ذلك منوط بعلم الجراحة ثم أنه في التداخل
المعوي يمكن أن يحصل شفاء نسبي من موت الجزء المتغمد وانقصاله ثم سقوطه
من الشرج وذلك متى حصل التصاق متين بين الغمد وجزء المعوي المتداخل
فيه قبل الانقصال المذكور غير أن هذا الجزء يبقى دائماً ذات تضايق مسبباً إذا
يتغفر الجزء السفلي من القطعة المعوية المتغمدة ويتصل ويبقى الجزء
المعوي ملتصقاً بالغمد نفسه بحيث يبقى جدر المعوي في هذا المحل متكوّن من
ثلاث طبقات معوية متلاصقة

(الاعراض والسير)

أهم عرض للتضايق المعوي صعوبة التبرز وبطؤه لكن حيث أن كثيراً

من الأشخاص يستعجم ما ذكره بلا عائق مما يبيح ممانع لمور ومحصل
المعى لا بأس أن تتكلم معاصم الاختصار على هذا الامسال لا اعتيادى
فنقول

الامسال الاعتيادى هو عبارة عن بطء وصعوبة في التبرز وهو في الحقيقة حالة
نسبية تختلف باختلاف الأشخاص كما ذكره الشهير (هينوخ) في كتابه
المتعلق بكلينيك الأمراض البطنية عند شرحه لاسباب الامسال واعراضه
مع الايضاح فقد جرت العادة ان بعض الأشخاص لا يحصل عندهم تبرز الا في
كل يومين او ثلاثة مرة وهم مع ذلك في صحة جيدة واذا تكرروا عندهم التبرز
زيادة عن ذلك رقت صحتهم في اضطراب وان بعض الأشخاص تضطرب صحتهم
ويتمرضون اذا لم يحصل لهم تبرز في كل يوم مرة او مرتين وسبب ذلك قلته
تكون البراز عندهم لا تتعاطيهم مطعومات لا تحتوي الا على قليل جدا من
المواد غير القابلة للهضم اولانه يتم عندهم تماثل العناصر الغذائية مماثلا
تاما واما الاخرين فيكثر عندهم تكون البراز اما لتعاطيهم مطعومات
تحتوى على كثير من المواد غير القابلة للهضم او لاضطراب قوة الهضم
عندهم وقد يحصل الاختلاف المذكور في أناس يتعاطون مطعومات
مماثلة وقوة الهضم فيهم مماثلة كذلك وهم مع ذلك يتفاوتون في عدد مرات
التبرز التي يحتاجون اليها لفظ صحتهم وهذه الظاهرة الاخيرة يعسر عليه
توجيهها توجهها شافيا ويمكن ان يقال ان ذلك متعلق في أغلب الاحوال بأن
جميع الغشاء المخاطي المعوى عند بعض الأشخاص بواسطة تراكم المواد
الثقلية ومحصلات انحلالها يؤدى لحصول النزلة في هذا الغشاء وعند آخرين
يبقى هذا الغشاء سليما قلته تأثره وفي هذه الحالة الاخيرة لا يتكون في المعى
المتركة فيه المواد الثقيلة الا قليل من الغازات فلا يتورط البطن ولا يتنفخ
ولا يندفع الجلب الحاجز الى أعلى ولو تأخر التبرز يومين او ثلاثة او أكثر واما
الحالة الاولى فيستكون فيها غازات بكثرة بسبب سهولة التحلل لمحصلات
المعى عقب تأثير المواد المخاطية اللصقة بجدران المعى تأثيرا خيرا في المحتصات
المذكورة فتقسدها وحينئذ يتنفخ البطن اتفاضا عظيما حتى ان احتباس
المواد الثقيلة ولو قليلا يشاعنه المكابدات والاعراض التي شرحناها

في المبحث السادس ولنصف للشرح المتقدم ذكر بعض الاعراض المتعلقة
 بمجرد تراكم المواد الثقلية في الجزء السفلي من المي سمي في التعرّيج السفلي
 والمستقيم فنقول يوجد احيا ناعند بعض المرضى احساس بهدم الراحة
 عقب التجز وذلك لانهم يحسون ببقاء بعض موا ثقلية في المي كان ينبغي
 خروجها احساسا بانفراد يحدث عنها هم قلقا ويصيرهم ذوى كآبة وكثيرا
 ما ينضم لذلك اعراض أخرى ناتجة عن الضغط الواقع من المي الممتلئ على
 الاوعية واذ أعضاء المجاورة له ويتدران يؤدي هذا الضغط الواقع على
 الاوردة الحرقية تنقاع اذ يماوى في الاطراف السفلى والغالب ان
 تشكي المرضى المصابة بالامساك لا يعتاى ديبرودة في الرجلين وهذه الظاهرة
 المتعبة تنبع عن عوق رجوع الدم من الاطراف السفلى بلا شك كما انه ينبع عن
 الضغط الواقع على الاوردة الحرقية الباطنة قد دات وعائية في جذر الما تقيم
 غالبا وعرق في جذر الاوعية المتددة المذ كورة فمنا فزنا يعقبه حصول سائل
 باسورى والعامه تبالغ في منقعة القددات الدولية الباسورية والسائل
 الخارج منها زاعمين ان هذا هو السبب في غرضها لانه نتيجة له وبهذه
 الكيفية يحصل ايضا عائق في سير الدم الا في من الشبكة الاستحيائية عند
 الرجال او الوعائية الرجية عند النساء ولذا يكاد يشاهد دائما عند النساء
 اللاتي يعترين امساك اعتمادى علامات احتقانات رجية تمضج من ظهور
 الطمخ الغزير والتولات الرجية وتؤدي فيما بعد الى حصول اضطرابات
 غذائية قوية في الرحم غالبا وبهذه يتضح سبب شهرة منقعة حبوب مورسوز
 وجودة تأثيرها في اضطرابات الحيض والسيلا لايض عند النساء وكذا
 يكاد يشاهد عند الرجال الذين يعترهم امساك اعتمادى بسبب عوق
 رجوع الدم من الشبكة الوعائية لاستحيائية انعاظ وفيضان منوى يوقعهم
 ذلك في فزع عظيم مع ما كانوا عليه من الكآبة من قبل وبالجملة فقد
 يحدث الضغط الواقع على الضفيرة العجزية من المي الممتلئ آلاما عصبية في
 الاطراف السفلى او احساسا بقتل فيها وهو الغالب ثم ان اسباب الامساك
 الاعتيادية غير الناتجة عن الخنات او التصاقات او تضايقات معوية مختلفة
 الشكل غير واضحة لنا ووجود الامساك الاعتيادية عند النساء أكثر منه في

الرجال ولا يسند في المراهقين وانما ظاهر انه غالباً ناشئ من بطء في حر كات المعى
 لكن لا يمكن الوقوف على حقيقة سبب هذا البطء وقد ينتج هذا الامسالك عن
 الاعتيادات الرديئة من حبس البراز ومناطويله بحسب اقهر يا ولذا عدوا
 المعيشة الجلوسية كوظائف كثر العلماء وبعض الصناعات من اسباب هذا
 الامسالك ومع هذا لم يثبت ان كثرة الرياضة تؤثر جيداً في سهولة التبرز كما
 قيل فان المصابين بالامسالك المذكور لم تفرغ عندهم تلك الرياضة وحدها وان
 اكثر وانما أى لم تؤثر فيهم سهولة التبرز فالمأولة لهم بالرياضة وقد يكون هذا
 الامسالك ناشئاً عن حالة نزلية مزمنة في المعى تؤدي ولومع معاكدة الجدران المعوية
 الثلاثة عنها الى حالة قريضة من الشلل في طبقتها العضلية كما ذكرنا ذلك في
 الفقرة المعديّة ولذا يعترى الاشخاص الشبهين في الماء كل امسالك اعتيادي
 غالباً وقد نسب بعض المتأخرين من الاطباء هذا الامسالك لضعف في قوة
 عضلات البطن وذراعها وانما حصل من تمرن العضلات المذكورة تمرنا
 تدريجياً وقوة في حركات الزحير وشفاء في الامسالك المذكور ومن الاسباب
 المضرة كضعف فعل العضلات البطنية المذكور وعدد الجدران البطنية تمعدداً
 رائداً عن الحد واسترخاؤها كما يشاهد ذلك عند النساء عقب الولادة المتكررة
 سيما لولادة التوأمة فان مثل هؤلاء النساء اللاتي تكون عندهن الجدران
 البطنية رقيقة جداً حتى انه يكاد يصعب بالاحشاء من خلالها يعترين على
 الدوام امسالك اعتيادي والواقع ان مثل هؤلاء لا يكون عندهم قوة على الزحير
 لكن يشاهد فيهن علامات الامتلاء الدموي البطني والقرلة المعوية المزمنة
 التي يربهم ما فقط يمكن توجيه تعسر التبرز

وحديثاً ان الامسالك الاعتيادي ينشأ عن عدة اسباب وان هذا العرض
 بانفراده لا يكفي في تشخيص التضايق المعوي فكيف يعرف ان التضايق
 المعوي وحده هو السبب الناتج عنه الامسالك ومعرفة ذلك تنبني على
 اعتبارات منها اعتبار مواد التبرز فانها في أشكال الامسالك الاعتيادي
 غير الناشئ عن التضايق المعوي تخرج على شكل متباري ذي قطر غليظ
 جدد غالباً وأما في الامسالك الناشئ عن تضاييق المعى سيما الذي مجلسه الجزء
 السفلي منه فان مواد التبرز فيه تكون مستدقة القطر على هيئة متبارد دقيق في

غلظ الخنصر او قطعها مستديرة كبحر الغنم ومع أهمية هذا العرض
 في تشخيص التضايق المعوي ينبغي ان لا يذهب عن الطبيب أن مثل هذا
 التضايق يشاهد عقب الجوع المستطيل وعقب الامراض المستطيلة
 فان المعى الفارغ الذي يتقبض على بعضه في أثناء هذا الزمن يظهر أنه
 لا يعود الى قطره الاصل الا تدريجيا وكذا الانقباض التشنجي
 للعضلة العاصرة والمواد الثقيلة الناشئة عن ذلك في بعض الاحيان يشبه
 شكلها شكل المواد الثقلية المذكورة فلا ينبغي الحكم بوجود تضايق
 معوي الا متى تحقق عدم وجود الحالتين المذكورتين أخيرا ومن الامور
 التي يعتقد علم في تشخيص تضايق المعى البحث عن تاريخ المرض فقد ذكرنا
 ان أكثر التضايقات المعوية حصولا ما ينشأ عن انتفاخات ندية التهامية
 ولذا يلقب على الظن ان المريض مصاب بتضايق معوي متى شهد امساك
 اعتيادي مواد الثقيلة ذات شكل مخصوص عند من كان مصابا
 بالذوسطاريا المستطيلة او عقب اسهال كان مصحوبا بتقرح في المعى
 كما انه ييسر للطبيب في أحوال أخرى من معرفة تاريخ المرض بالجزم بوجود
 انتفاخ في الرحم أو ورم آخر في الحوض ضاغط على المعى ومضيقه ومن
 المهم جدا في الوقوف على حقيقة التشخيص البحث الطبيعي فان انتفاخ جزء
 محدود من البطن ووجود صوت طبل في محل الانتفاخ المذكور يدل على
 وجود جرح معوي ممتد على صفر متضايق من المعى بشرط ان تكون هاتان
 العلامتان مسقرتين بحيث تشاهدان عند تسكر والبحث وبالجملة ينبغي أيضا
 عدم الاهمال في البحث عن المستقيم بالدقة متى ظن بوجود تضايق معوي فتي
 لم ييسر العثور على التضايق بواسطة الاصبع وجب استعمال قساطير مرنة
 وليست ترس الطبيب عما يوقعه في الخطا من عثور القساطير المذكورة على
 التعذب العجزى او على ثنية معوية تمنع من دخولها في المعى ومن الانتفاخات
 التشنجية للمستقيم وقت البحث المذكور فانها قد توقع الطبيب غير المتقن
 في الخطا ومن المهم جدا الاجل الوقوف على حقيقة التشخيص عند النساء
 التأكّد من حالة الرحم ووضعه وحجمه بواسطة البحث عن المهبل او عن
 وجود أورام في الحوض

وأما أعراض التضايق المعروى المفزعة جدا المهددة للحياة عند تقدم سر هذا
المرض فقليلة الوضوح في الابتداء غالبا وغير خطيرة في الظاهر وذلك ان
المرضى يحسون بانتفاخ خفيف في البطن ومغص يظهر ظهرا ودورا ثم يزول
ويظنون ان عندهم تسكدوا في الهضم فيتعاطون من دقاء أقسم منقوع
البابونج أو ملين الطيفا ولا يندبون الطبيب للاستشارة كما هي العادة الا اذا
لم تفر هذه الوسائط التخفيفية وازداد الالم مع استعمالها ولم يحصل لهم تبرز
أو حصل لهم تهوع أو تقاؤ أو مجموع هذه الأعراض يحصل منه داء للطبيب
الحاذق المقرن فزع عظيم فأول ما يجب عليه البحث الحقيق عن جميع أصفاد
الجسم التي يتأق حصول الفتوق فيه أو يصترس الطبيب من ظنه صدق المريض
في اخباره من أول الامر من انه مصاب بفتق أو من اطعمته انه يجوابه انه
ليس عنده فتق عقب السؤل منه وكما يبحث بالدقة عن جميع ماذ كريت
أيضا عن المستقيم والمهبل للفحص عن وجود عائق مانع لمرور المواد الثقيلة
وعدم وجوده والطبيب ولومع ما به من القزع والرعب في مثل هذه الاحوال
يترجح عنده عادة أن مجموع الأعراض الموجودة عند المريض ناتج عن
احتباس المواد الثقيلة احتباسا مستعصيا لكنه يمكن قهره بالمعالجة
اللائقة فيا أمر للمريض باستعمال الحقن والمسهلات من زيت الخروع
بمقدار عظيم مع اضافة قليل من زيت حب الملوك وعند ما يعود للمريض
ثانيا عما قليل من الساعات من تلقاء نفسه لقزعه عليه يجده أن ما يخرج من
الحقن اما قليل من المواد الثقيلة من الجزء السفلى من المعى او انه لم يحصل منه
قدي تأير وهو الغالب او ان الحقن لم يتأت بالكلية ابرأوه او ان تعاطى
زيت الخروع ولو مضافا اليه قليل من زيت حب الملوك لم يقر بالكلية
وحصل عقب تعاطيه عند المريض ازدياد في الآلام وفي متكر من مواد
ضاربة للفترة وان هيئته قد انقلبت فصار متغير الوجه عمتق اللون بارد
الجلد صما جلد اليدين صغير النبض فينبذتيا كذا الطبيب ان معي المريض
مسدود عائق قدي تأق لصناعة الطب ازالته أولا بتأق ويزداد انتفاخ البطن
تدريجيا ويحصل عنده نوب مغص شديدة في غاية الآلام عبر عنها المرضى
باحتباسات تشنجية ويعقب نوب المغص غثيان وفي من مواد بأخذ لوغها

في السهرة والتغير شيئا فشيئا حتى تكسب روائح المواد الثقيلة وهذا يزيد في فزع المريض ومن حوله من آثاره وقد حصلت مجادلات عديدة في ان انسداد المعى الدقيق هل يكون مع هويا بخروج مواد ثقيلة أولا وان هذا لا يحصل الا اذا كان مجلس الانسداد المعى الغليظ الذي فيه يأخذ الغائط في السكون وقد انضج هذا الجادل بالصقات التشريرية فعمل ان مخصلات الصائم تكون ذات رائحة كرائحة المواد الثقيلة سيما متى مكثت في هذا الجزء من مناطق الاوان في التقايب المعروفة بالتقايب الغاطية بتدرا فاذاف المواد الثقيلة الحقيقية او عدم خروجها أصلا والذي يظهر لي ان مخصص المعى الغليظ لا يمكن رجوعه من الصمام الاعورى اللقائى الى المعى الدقيق والمعدة والذي يظهر ان مخصص المعى الدقيق يصل الى المعدة عند انسدادها بالكيفية الانسية وهي ان انقباضات جدر المعى تدفع المواد التي لم يمكن طردها الى أسفل نحو الاعلى وعلى ذلك يتم بكيفية منتظمة بمعنى ان انقباض جزء على يعقبه انقباض في الجزء الكائن أعلاه بحركات ديدانية منتظمة هذا أمر غير محجوز به وعلى كل حال فن الواضح أن جميع المسهلات الشديدة تزيد في رجوع مخصص المعى الى المعدة مادام العائق موجودا وذلك بتقويتها للانقباضات المعوية ومن المهم في حركات المعى التي تحصل حينئذ فعل عضلات البطن فانها معى والانقباضات العضلية للجزء البوابي السبب في ذلك متحصل المعى الى الخارج ثم ان هذا المرض قد يمتد احيانا أسبوعا أو أسبوعين أو يزيد مع الاعراض السابقة التي قد تكون متددة احيانا تترد فانيا وفي أثناء التوب التي تسبق التي عادة يحصل او يشاهد في البطن عرو ومعوية في حجم ذراع تصعد الى أعلى ثم تنقب فيه بحركات ثعبانية مع هوية بقرقر واضحة فكان المعى يتصارع بقوة مع ما فيه من المواد المتبسة لكن هذه الحركات التشنجية لا تنفر المريض مع تفسير هيتها بالكلية تكون ذوى حالة مفزعة فيكون اللون ترابيا وخفوا الوجه مغطى بعرق بارد والايدي باردة غير محسوسة النبض وأما الادراك الفسيقي غير متكدر زمانا طويلا ثم تلك المرضى في حالة انقطاع باعراض الشلل المعوى

هذا اذا لم ينضم لانسداد المعى مرعه اعراض الالتهاب البريتونى المنتشر فان

انضم له ذلك اختلفت صورة المرض حينئذ وتغيرت فالبلغم ينفتح بسرعة عظيمة ويصير متوترا مولما جدد البحث لا يحصل أدنى ضغط عليه وحيث ان التضخم الالتهابي البريتوني في مثل هذه الحالة لا يكاد يوجد الا بين العرا المعوية المتقدمة لا يتيسر معرفته بواسطة صورة القرع انقارغ في الاجزاء المنهدة الامادرا والمرضى لا يكونون في حالة قلق وضجر في فراشهم مثل الحالة السابقة بل مستلقين على ظهورهم في حالة سكون متجنبين للحركات بالكلية لانها تزيد آلامهم ويتواتر النبض جدا وترتفع الحرارة كذلك ويضغط الحجاب الحاجز المندفع الى أعلى على الرئة فيصير التنفس سريعا وعوق استقراغ الدم من القلب الايمن يكسب المريض لونا سائيا فزيا ولا يندوان تحق بالكلية اعراض الالتهاب البريتوني المنتشر اعراض انسداد المعى القليلة الواضوح السابقة الذكر حتى لاتراعى مراعاة تامة اذ يعرف الالتهاب البريتوني دون الاختناق الباطني المعوي اى الانسداد المعوي الناتج هو عنه فعلى الطبيب حينئذ ان يشك يقا فون عام هو انه لا يعتقد وجود الالتهاب البريتوني الروماتيزمي كما يقال الامع غاية الاحتمال وان أول شيء يتصور وجوده في جميع الاحوال التي يظهر فيها الالتهاب البريتوني ما عدا من النفاخ هو أما تشعب معوى او قروح وانسداد معوى حاد ومتى كان حصول هذا الجائبا ولم يكن مصحوبا بالقيء كان دليلا على وجود التشعب وأما اذا كان تدريجيا ومصحوبا ابتداء بالقيء واستقر هذا القي مع الاستعصاء وظهور به مواد ثقيلة دل ذلك على وجود انسداد معوى دلالة أكيدة وسير المرض في هذا الشكل الأخير مريع جدا فانه يحصل بعد أيام قلائل الخبطات وشلل عامان والغالب ان يعقبه الموت

والغالب ان لا يعرف مدة الحياة ان مجموع الاعراض التي شرحناها ناشئ عن التواء المعى واختناق باطني او تغمد وانسداد فيه بواسطة تجسد المواد الثقيلة وليس عند الطبيب أدنى علامة يعتقد عليها في تشخيص التواء المعوى مدة الحياة وأما وجود الاختناق المعوى الباطني فيعرف بالتأكد من ان المريض كان مصابا سابقا بالتهاب بريتوني فان كلال من الالتهاب والاحبة التي نشأ عنها الاختناق المعوى غالبا يكاد يكون دائما بشلا الالتهاب

البريتوني السابق حصوله وأما التغمد المعوى فقد يظهر في اعراضه
 خصوصيات بها يسهل تمييزه من بقية اشكال الانسداد المعوى وذلك انه
 يوجد فيه ورم شكله كشكل المنابر ذو مقاومة يسيرة عادة يحس به احيانا
 من خلال جدر البطن سيما اذا لم تكن هذه الجدر متوترة ولا يمكن زحزحة هذا
 الورم الا قليلا ولا يمكن بالكليّة ويكون مؤلما عند المس وبالقارع عليه
 يكون صوت القارع غير فارغ بالكليّة عادة اى ليس اصم بالكليّة وفي هذا
 التغمد يكون الانسداد المعوى غير تام بالكليّة غالبا بحيث يخرج من
 المريض مواد ثقيلة وغازات زمنافزنا ويحصل زيادة عن ذلك احتقان
 عظيم في العروة المعوية بسبب الضغط الواقع على اوردة ثبيتها المسار يقيّة
 احتقاناً يؤدى لسهولة تفرق او عية الغشاء المخاطي المعوى وخروج مواد
 دموية فقط او دموية مختلطة من الاسْت وهذه الظاهرة مهمة في تشخيص
 التغمد المعوى عند الاطفال الذين يشاهد فيهم هذا المرض بكثرة وفي هذه
 الاحوال يكون كل من القولون والاعور والصاعد في الاغلب منقلباً على
 الجزء السفلى من المعى الغليظ أو على المستقيم ولا يكون الامساك كليا ويندر
 ارتقاه التي بحيث يصير غائطيا واستفاح البطن يكون عائد قليل الشدة
 بحيث يندر حصول التهاب بريتوني منتشر وأما الاستقرائات البرازية
 الدموية فقط او الدموية المختلطة فيندر ان تفقد وتشخيص التغمد المعوى
 يتأكد متى أمكن الوصول بالاصبع الى الجزء المعوى المتغمد ووجد فوهة
 مستعرضة منقبية متجهة نحو جدر المستقيم غالبا ومتى اتخذ في هذا الجزء
 المتغمد وكانت معرفته مدركة وان كان متغيرا بسبب تغفّره وأما انسداد
 المعى بواسطة تراكم المواد الثقلية المميصة فتسهل معرفته في الاحوال التي
 فيها يمكن الاحساس والاعثور بها في المستقيم ومتى وجد ورم صلب في البطن
 سهل الحصول لا يبقى عند الطبيب شك في انه متكون من تراكم المواد الثقلية
 او من تراكمات حجرية سادة للمعى ثم اذا كان المريض اعتراه من قبل علامات
 تضيق المعى وارتقت هذه الالامات فجاء الى اعراض الانسداد المعوى غلب
 على الظن ان هذا الانسداد النجائي ناتج من المواد الثقلية الصلبة وهذا
 الشكل من الانسداد المعوى تتأكد معرفته بسبب حبره الجيد وزوال

الاعراض بخفة عقب خروج كمية عظيمة من المواد الثقيلة
وتشخيص الانسداد المعوي والحكم على عاقبته نستنج مما ذكرناه في اعراض
هذا المرض وسيره

• (المعالجة) •

اما معالجة الامساك الاعتيادي فقد سبق الكلام عليها في المبحث السابق
عند الكلام على المعالجة السببية بقدر ما يقتضيه موضوع هذا الكتاب
والافلوذ كرامنا فمع كل جوهر مسهل ومضاره تفصيل لا يلزمنا عن الغرض
المقصود من هذا المؤلف كما أنه لا يمكن ذكر شراح المعالجة الجمنسيكية
السويدية (وهي عبارة عن تحريض الفعل العضلي والحركات لتقوية الجسم
لا سيما المجموع العضلي الخاص أو العام) في الامساك الاعتيادي لانه ليس
عندي تجارب شخصية في ذلك ومن هذا القبيل في استعمال الكهربية
الموصى به في هذا الموضوع ايضا فان وضع الموصلات الكهربية على الجدر
البطنية يمكن ان يحدث انقباضا في عضلات البطن ويتكرار استعماله
تقوى العضلات وليس لذلك ادنى تأثير في حركات المعوي ورأى من اوصى
بوضع موصل جلواني في القم وآخروا دخل الاست لاجل ازالة الامساك
الاعتيادي يعتمد من قبيل الهذيان

واما معالجة التضاييق المعوي خصوصا الذي مجلسه المستقيم فهي عبارة عن
استئصال الاورام وتوسيع التضايقات وعمل شرج صناعي وذلك منوط بقن
المراحة واما التضايقات الكائنة في جرب بعيد عن المعوي فلا يمكن شفاؤها
شفاء تاما لكن يقتصر على استعمال تدبير غذائي به يقل تكون المواد
الثقيلة بقدر الامكان وكلما انضمت اعراض التضاييق المعوي وجبت زيادة
الاعتناء في التدبير الغذائي بان يغذي المريض بالبعض والامهراق القوية
وبالبحوم اللطيفة ذات الالياف الرقيقة جدا ومع ذلك يجتهد في احداث
استفرغات يراzone مع الانظام بالحقن والمسهلات وامهل الانسدادات
المعوية معالجة شكل الانسداد المعوي الذي ينتج عن احتباس المواد
الثقيلة التيسية والتجمعات الحجرية فانه اسهل معالجة من الناتج عن تغير في
وضع المعوي وهذا انما يكون في خصوص انسداد المستقيم بواسطة المواد

الثقلية المتبسة المتراكمة فوق العضلة العاصرة للشرح بكمية عظيمة جدا والطبيب الذي يتوقى الجنس الموضعي ويتراخى في مثل هذه الاحوال حيا منه كثيرا ما يعطى المسهلات واحدا بعد آخر بلا طائل واما الطبيب الجسور الذي لا يخشى المراجعة عند الاقتضاء فكثيرا ما يتحصل على نجاح عظيم لكن من المعلوم انه كثيرا ما يلجئ الى التؤدة والصبر في احداث مسلك بواسطة الاصبع او يد ملققة او جفت لاجل فتح طريق المواد الثقيلة المتبسة حتى تصل الحقن التي لا يمكن استعمالها قبل ذلك بواسطة مجسات مرنة يمر بها من المواد المتبسة ثم تفعل الحقن المليسة واصعب من ذلك معالجة الحالة التي تكون فيها المواد المتبسة محتبسة في جرم معوي اعلى المستقيم ومعالجة هذه الحالة ترجع لما ذكرناه في تباعد المواد الثقيلة المتبسة المتراكمة في الاعور وعند الكلام على معالجة التهاب الاعورى البرازي فيجتمد الطبيب اولاً في احداث التسبرز باعطاء بعض ملاعق من زيت الخروع او مقدار عظيم من الزئبق المخلو ويمكن مساعدة ذلك باضافة نصف نقطة من زيت حب الملوك فان لم تفر هذه الجواهر وازدادت الحقن معقب استعمالها وجبت المداومة على استعمال طلومبات الحقن فانه اقوى الوسايط والمجهر في تحليل المواد الثقيلة المتبسة المحتبسة في المعى الغليظ والوصول اليه ولا ينبغي اليأس عند عدم تأثير الحقن الاولى بل تكرور مرتين او ثلاثة ملء النهار فقد شوهد بعد المداومة على ما ذكرنا خروج بعد اربعة ايام مواد ثقيلة صغيرة تبسة مهله التفقت ذات رائحة كريهة جدا مختلطة بسائل الحقن ثم خرجت كمية عظيمة من المواد المذكورة ويمكن في حالة اليأس الالتجاء الى اعطاء الزئبق السائل المهدى من اوقا الى رطل وازيد فان هذا الزئبق اذا لم يفرغ غيره من الطرق العلاجية فهو يشق بثقله المواد الثقيلة المتبسة او يدفعها الى الخارج واما التواء المعى على محوره واختناقه الباطني فيكافى لا يشخص اكيدا حتى يلجئ الى المبادأة بعملية القطع البطني التي يبادر بها في هاتين الحالتين ومن الجائز ان الزئبق السائل يمكن ان يعدل المعى الملتوى بثقله ويرد عروية محتبة بسبب الجنب الذي يحسده فيها متى وصل الى قربها ومع ذلك فالاحوال التي يشاهد فيها نجاح من هذا

القيسيل لا تمكني الطبيب في الوقوف على حقيقة التشخيص وحيث ان المعى
 يكون منعطفا من اعلى الى اسفل على الدوام في التغمدة المعوى فالمسهل
 لا يجوز استعماله بالكلية لانه يزيد في اندفاع الجزء المعوى المتغمدة ويزوله في
 غمده الى اسفل كما لا يسوغ اعطاء الزئبق المذكور في هذه الحالة لما ذكر
 ويمكن المبادرة باجراء الشق الباطني ان أمكن تشخيص التغمدة المعوى
 ابتداء اعتقادا على ما حصل من التجارب احيانا وان أمكن الوصول من
 المستقيم الى الجزء المتغمدة وجب الاجتهاد في رده بواسطة مجمر حرر يَدْخُلُ
 بغاية الاحتراس مثبتا على طرفه قطعة من الاسفنج فقد حصل من هذه
 الطريقة نجاح عظيم خصوصا في بعض احوال التغمدة عند الاطفال واذا لم
 يمكن الوصول الى ما ذكر وجب الحقن بكمية عظيمة من السائل او فتح كمية
 عظيمة من الهواء في المستقيم بواسطة كبر لاجل دفع الجزء المعوى التغمدة
 وردة لكن متى طرأ الالتهاب البريتوني الشديد فلا تجدي الوسايط المذكورة
 تعاليل تزيد في خطر المرض حيث ان الابرء المعوية ملتصقة ببعضها ولذا
 ينبغي الاقتصاد على استعمال الاقيون بمقدار عظيم وتغطية البطن
 بالمكمدات الباردة وكذا ينبغي الانتقال لاستعمال الطريقة العلاجية في
 الاحوال التي فيها توجد علامات الالتهاب البريتوني المنتشر كما يكون ذلك
 في بقية اشكال الانسداد المعوى

• (المبحث الرابع) •

(في الاصابة الخنزيرية والدرنية للمعى والغدد المساريقية)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الاصابة الدرنية للمعى والغدد المساريقية ليست كثيرة الحصول كما يقال على
 العموم وبعبارة أخرى ان كثيرا من هذه الاصابات لا يكون ناشئا عن تكون
 درن دخني في المعى او الغدد المساريقية وهو النوع الوحيد من الدرن الذي
 نعترف بوجوده بل نشأ عن استجابة جينية في الاجربة المعوية والغدد
 المساريقية

والغدد المتفرقة للمعى وعددها المعروفة بغير ديمير التي هي من المعلوم انها
 ليست اعضاء مفترزة بل انها مجرد غدد لينفاوية بسيطة تصاب عند وجود

التغيرات المرضية المختلفة في الغشاء المخاطي المعوي فتوجد في أحوال
الالتهابات النزلية المعوية الحادة والمزمنة متفاوتة الانتفاخ بارزة عما حولها
وانتفاخ هذه الأجرة الناشئ من جهة عن ازدياد عناصرها الخلوية ومن
جهة أخرى عن ازدياد قبولها لكمية عظيمة من السوائل يزول غالباً بزوال
الالتهاب انزلى يدون ان يخلفه ادنى أثر لكن هذا الانتفاخ قد يستعصى
ويرداد ازدياد اعظيما عاب ازدياد التكون الخللا في بحيث يحصل ثقل عظيم
وتراكم في العناصر الخلائية فيحصل ظهور في هذه الأجرة وامتلاء شحمية
غير نامة أعنى استسحالة جينية ومكانت صاب الغدد اللينفاوية الصغيرة التي في
جدار المعى كذلك تصاب الغدد المسارية بقية التي تقبل السائل اللينفاوي
الاتى من الغشاء المخاطي المعوي متى كان هذا الغشاء مجلسا للتغيرات
مرضية فانه يعتري تلك الغدد عند الاصابة بالنزلة المعوية الحادة والمزمنة
انتفاخ ناشئ أيضا عن ثقل خللا في ازدياد في السائل الشحمية به وهذا
الانتفاخ يكون في الغالب واهيا وقبعا غير انه احيا ما يصير عظيما وبسبب تصبها
وحيث ان تراكم العناصر الخلائية في الغدد المسارية بقية يكون عظيما جدا
لا بد وان يعتريها استسحالة جينية

والأجرة المعوية التي اعترتها الاصابة الجينية يحصل فيها عموما قبل من الزمن
اين فينتج عن ذلك تكون خراجات صغيرة في جدار المعى بمثلثة بؤاد جينية
وعند انفجارها تتكون قروح صغيرة تزداد فيما بعد ازدياد اعظيما عقيب
امتدادها الى الأجزاء المحيطة بالأجرة المعوية بامتداد التكون الخللا في فيها
وتلاشيها

ومن النادر حصول تلاش في الغدد المسارية بقية المكابدة للاستسحالة الجينية
وانفجار محفظتها وكذا البريتون بل الغالب ان يحصل فيها تكاثف تدريجي
ثم استسحالة المادة الجينية الى بحينة طباشيرية او تراكبات كلسمية صلبة وان
نظرنا بالادقة الى الأشخاص الذين يشاهد عندهم انتفاخ عظيم مستعصى في
الأجرة المعوية والغدد المسارية بقية ومكابدتها لاستسحالة جينية استبان لنا ان
معظمها اطفال وبالنصوص اطفال يكون فيهم للعقد اللينفاوية الدائرية
والشحمية ميسل للانتفاخ العظيم والاستسحالة الجينية في شئ من الطبقات

الجلدية انشاعة والسيلانات الاذنية والثرلثات النعمية وغير ذلك ومثل
هؤلاء الاطفال يعبر عنهم على العموم بختنازيرى البنية وكل من هذا الامر
والمطابقة الكلية للتغيرات التشريحية يستتب منه ان انتفاخ الاجربة
المعوية والغدد المساريقية وامثالهما الجفينة والقروح المعوية الناشئة
عن اصابة تلك الاجربة يعتبر اصابة خنازيرية في المعى والغدد المساريقية
ثم ان الخطأ العام في اعتبار القروح المعوية الخنازيرية ناشئة عن الدرن
المعوى سهل التوجيه فان الغدد المتفرقة المرتشعة وانتفاخها فيها الهامر
جهة مشابهة كلية بالدرن المخفى الجبى ومن جهة أخرى توجد بكثرة في
الصفات التشريحية اجزاء الطبقة المصلية المعوية المسامة لتلك القروح
مغطاة بدرن دخنى لكن ان تأملنا حق التأمل وامعنا النظر في ذلك ورد
علينا سؤال وهو ان يقال في اى زمن نشأت القروح وفي اى أوان حصل
التولد الدرنى فيستنتج في كثير من الاحوال حل هذه المسئلة بان القروح
كانت في المريض منذ زمن طويل يحتمل ان يكون من منذ عدة سنين وان
الدرن لم يطرأ الا قبل الموت بقليل فحينئذ ما يحصل في المعى هو عين ما يحصل
في الرئة من انه ينضم كذلك للارتشاح الجبى والكهوف الدرنية وتلدردرن
بكثرة

ثم ان قابلية اصابة المتسوجات واستعدادها لان تكون مجلسا التولد عظيم من
اخية جديدة عند اصابتها بتغيرات النهاية تتجاوز في كثير من الأشخاص سن
الطفولية كما بينا ذلك فيما تقدم لكن كما تصاب عند البالغين اعضاء أخرى
بالامراض خلاف الاعضاء التى تصاب عند الاطفال فكذلك التغيرات
والاحتمالات المرضية التوعمية الناتجة عن هذا الاستعداد تغير مجلسهم مع
التقدم في السن ففى سن البلوغ بعد حصول التثرلثات المعوية انما كثيرة
الحصول جدا فى سن الطفولية ويظهر بدلائنها التغيرات المرضية لارتئين
ولذا نجد تبعاً لذلك فى الصفات التشريحية العديدة غدد اساريقية متكلسة
وقروها معوية آخذة فى الاتكام مع وجود ارتشاحات جبينية حديثة فى
الرتئين وتحتات آخذة فى التقدم فيها لكن من المستغرب كون
التجارب دلت على ان الأشخاص البالغ الذين يدرفهم وجود اصابة الاجربة

المعوية والغدد المساريقية كاصابات منفردة اولية كثيرا ما تعتبرهم تلك
التغيرات المرضية متى كانت رثتهم مجلسا التغيرات مرضية مشابهة لتلك
التغيرات المذكورة اوسبقت اصاباتهم بها وبعبارة أخرى ان الاستحالة
الجينية في الابرجة المعوية والغدد المساريقية يندوان تشاهد مشاهدة اولية
كمريض قائم بنفسه ويكثر حصولها حصولا ثانويا كضاعفة السل الرئوي
وكل من درن المعى والغدد المساريقية نادر يقطع النظر عن التولدات الدرينية
التي تحصل حصولا تابعا حول قروح معوية خنازيرية ومثل ذلك يقال
في السل المعوي الدرني فان الظاهر في كثير من الاحوال ان الدرن المعوي
التابعي يظهر في آن واحد مع الدرن الرئوي التابعي وان السل المعوي
الدرني يحصل بالخصوص في الأشخاص الذين اعتراهم شكل السل الرئوي
الدرني

• (الصفات التشريحية) •

الغالب وجود الابرجة المعوية المرتشحة او تشاحجانيا والقروح الناشئة
عن تلاحمها وابتهاق اللاناق وكثيرا ما تمقد الاصابة المرضية من اللاناق
الى القولون والعقصة الديديانية وهو الغالب وقد يكون القولون وحده
هو المصاب واما اللاناق فيبقى سليما ويندر أن تشاهد ابرجة مرتشحة
او تشاحجانيا وقروح في الصائم وتكاد لا تشاهد مطلقا في الاثني عشرى
والهودة وعدد الابرجة المصابة يختلف فقد يكون المعى مغطى بها في امتداد
عظيم باستواء ولكن لغالب ان تكون الاصابة قاصرة على بعض أجزاء المعى
المتباعدة عن بعضها كثيرا او قليلا وفي الادوار المتقدمة تكون الابرجة
المتضخمة تعقدات ككب الدخن بارزة قليلا على سطح الغشاء المخاطي ذات
مقاومة ولون سنجابي تسخيل فيما بعد الى مادة تصفر عند استعمالها الى الحالة
الجينية وتتناقص مقاومتها ومتى انتقب الغشاء المخاطي من المواد الجينية
توجد قروح مستديرة (تعرف بالقروح الدرينية الاولى) وفي دور متقدم
من هذا المرض يكون كل من الغشاء المخاطي والنسج الخلوي المحيط
بالقروح الاولى مجلسا الارتشاح جيني سنجابي ثم مصفر ويتلاشى الارتشاح
الجيني والنسوجات المرتشحة واختلاط جله قروح اولية يستكون فقد

جوهر عظيم (يعرف بالقروح الدرية النافذة) وامتداد هذه القروح
يكون على حسب محيط المعى بحيث تكون قروح مستديرة مختلفة في
العرض ويحصل في قاعها ارتشاح جفني ولاش بحيث ان القرحة تأخذ
في الغور وتنتهي بان تنقب جدر المعى وفي أثناء امتداد القرحة نحو الطبقة
المصلية يحصل في الاصفار المهودة بالتنقب من هذه الطبقة التهاب يرتوى
محدود بحيث يمكن مجرد النظر من ظاهر المعى معرفة مجلس القرحة فان
الطبقة المذكورة في هذه الاصفار تكون وسخة فحينة واحيانا مغطاة بنضح
لبنى تلتصق بواسطته بالعرالمعوية المجاورة ولا يندران مثل هذا الالتصاق
بين العرالمعوية او التصاقها النسائي عن غموى المسوج الخساوى يقى من
انسكاب محتصل المعى في تجويف البطن عند حصول تثقبها وفي مثل هذه
الاحوال لا يخرج محتصل المعى من جدره المتثقبه عند فعل الصفات
التشريحية الا ان انفصل هذا الالتصاق بقوة وان حصل زيف شعري عند
امتداد القرحة المعوية وجدت حوافها وقاعها ممرثصة بالدم ومغطاة
بتعقدات دموية مسخرة ومن النادر ان يحصل شفاء تام في القرحة المعوية
واذا حصل ذلك شوه اندكاش في المسوج الخساوى الكاش في قاع القرحة
فتجذب حوافي الغشاء المخاطى الى بعضها حتى تتلاصق بالكلية وتلتصق
بعضها التصاقاً وليساويين عقب ذلك على الدوام تكاش ندى في جدر المعى
يوجد على سطحها الباطن على شكل حوية بارزة حلقة ذات مقاومة
وفي أحوال اتساع العقد المساريقية تكون تلك العقد منتفخة اتساعاً
عظيماً بحيث تكون في عظم بيضة الجمجمة او الدجاجة او أزيد حتى تبلغ عند
اجتماعها مع بعضها حجم قبضة اليد وما دام هذا الاتساع متعلقاً بمجرد غموى
خاوى فان الغدد تظهر عند شقها رخوة ذات لون مسجابي وكثيراً ما توجد
بعض محال من الاجرية المنتفخة مستجيبة الى مواد جينية في بعض الاحوال
وفي أحوال أخرى يكون قليل من هذه الاجرية او كثير منها مكابد التلك
الاستفالة الجينية وكثيراً ما يشاهد في الجنة آثارات الاستفالة المساريقية
الجينية المنطقية اى الذى انتهى سيرها فتوجد تركبات كاسية غير منتظمة
متشعبة ومحاطة بنسوج غددي طبيعي اوصاف

وفي الشكل الحقيقي من تدرن الغشاء المخاطي المعوي يظهر في الادوار الاول من هذا المرض بقع ذات صغيرة سفحائية على الغشاء المخاطي فتكون اما متفرقة او مجمعة فان وجدت تلك التجمعات الدخنية في اجزاء من الغشاء المخاطي ولم تكن مجسلا لاجرية يميز الجمعية كان ذلك أمرا مهما يرتكن اليه في التمييز بين الدرن الدخني وانتفاخ الاجرية المعوية وباستحالة لدون الدخني الى الحالة الجينية واسببه ونقرحه تظهر قروح معوية درنية لاتصل مطلقا لدرجة اتساع التقرحات الناشئة عن الاجرية المعوية التي اعترتها الاستحالة الجينية ويشاهد في محيطها بدلا عن المنسوج المرتشم ارتشاحا جينيا فتصبغات درنية حديثة

وعندما تصاب الطبقة المصلية بالتدرن التآبجي وهو كثير يشاهد أن الاصفار المقابلة للتقرحات المعوية موشحة بقع ذات درنية صغيرة وهذه الاصفار تكون متكاثفة بسبب غموضها فيها وكثيرا ما يكون الطغف الدرنى عمدا من الاصفار المذكورة على طول الاوعية الليفية نحو الما رين

• (الاعراض والسير) •

يسهل في غالب الاحوال معرفة الدرن المعوي بصورة سيره فحي كان عند مريض علامات الدرن الرئوى من منذ زمن وحصل عنده اسهال خصوصا في الصباح من مواد برازية عجينة او سائلة ونج عنها مخافة عظيمة قوى الظن بوجود هذا المرض والمواد البرازية وان كانت صفتها في هذه الحالة كصفة المواد البرازية في التزلة المعوية البسيطة وكان كل من البحث الكيماوى والمكروسكوبى عن المواد المذكورة لا يدل على طبيعة المرض الاصلية في هذه الحالة الا ان كثرة تضاعف الدرن الرئوى بالدرن المعوي وعدم وجود اسباب واضحة للتزلة المعوية البسيطة مع استعصاء الاسهال يرجح أن الاسهال ناتج عن درن معوي لكن التشخيص مع ذلك لم يزل غير مؤكد فانه يحصل ايضا اسهال مستعص في حالة تقدم الدرن الرئوى ولا يكون ناتجا عن درن معوي ولا عن تغير آخر مدرك مادي في جدران المعى ولا يمكن تمييزه عن الاسهال الناتج عن درن المعى حقيقة وهذه الاسهالات المعروفة بالمدنية تتعلق فيما يظهر بتزايد ارتشاح مصل الدم القليل الزلائية

وسهولته فهي حيث نذكر من نوع الارتشاحات المصلية التي تحصل في المنسوج
الخلوي تحت الجلد في أحوال الدرن الرئوي وغيره من امراض النحس وكذا
عند تقدم سير هذا المرض يسبق حصول التبر ز من فص عادة ويصير البطن
متزايد الحساسية عند الضغط عليه خصوصا في القسم الاعورى ومتى طرأ
هذا العرض الدال على اشتراك البريتون مع الامعاء وجب طرح الظن
بان هناك اسما لامديا بسيطاً ثم اذا ازداد اشتراك البريتون الذي تكلمنا
عليه في المبحث السابق زادت الآلام السابقة للتبر ز غالباً ووصلت زيادة
احساس البطن عند الضغط عليه الى ارقى درجة ولا يندران يشاهد فيها
بعد بسبب شلل الطبقة العضلية اصالةً ثم يخرج مع التبر ز زماناً مناعن
لواذ الثقيلة العجينية أو السائلة كمية عظيمة جداً مع آلام شديدة للعاية
ومجموع هذه الاعراض قد يصير الاساسع والاشهر الاخيرة من حياة
المصابين بالسل في غاية المشقة والتهب واما اذا حصل تنقبص معوى فيندر
أن تشاهد الصورة المرضية التي يراها عند الكلام على القرحة المعوية
المزمنة فان الالتهاب البريتوني الذي يصدره التنقبص في هذا المرض يكون
محدوداً ويتكيس النضج بسبب التصاق العرا المعوية ببعضها ففى
حصول عند مريض من هذا القليل فجأة آلام شديدة في الختلة وشاهد
الطبيب في هذا الجزم موضعاً مقاومة يكون عند لمس على شكل ورم
غير منتظم وذات صوت أصم عند القرع وجب ان يتأكد أن هناك ثقباً
معوياً

وعما يجب التنبيه ان اعراض داء الصدر اى السل كثيراً ما تختفى عند
ظهور اعراض الدرن المعوى واتصاحها بحيث يقل السعال والنقبص عند
المريض ولذا ينبغي التمسك في مثل هذه الحالة بالعلامات الطبيعية للدرن
الرئوي للتأكد من معرفة الدرن المعوى كما ينبغي ان يشك في تشخيص الدرن
المعوى في الاحوال التي تبقى فيها العلامات الطبيعية المذكورة غير واضحة
ففى ظن ظهور الدرن المعوى عند طفل مثلاً ظهوراً أولياً او كان مصاحباً
لدرن في العقد الشعبية أمكن معرفته وان فقد أقوى سند يعتمد عليه في
معرفة الدرن المعوى فينبئنا شدة الآلام وعدم نجاح المعالجة والتطواهر

الحجة ترجح ان هنالك الامعويادرنيا لاسلامعويانزليا ومن الخطا البين اعتبار
الانهمال عرضا ملازما للدرن المعوي بحيث لا يتقل عنه ولذا لا ينبغي الحكم
عند فتد هذا العرض مع وضوح اعراض الدرن الرئوي لعدم وجود الدرن
المعوي قطعاً لانه يوجد احوال فيها تبرز المريض يكون منتظما ومما سببها مع
كونه مصابا بقروح معوية دونية عمدة كما يشاهد ذلك عندما يكون المعوي
الغليظ خاليا عن الاصابة بهذا الداء وعن غيره من التغيرات المرضية بحيث
ان المتخصصات المتبعة للمعوي الدقيق يمتص جزؤها الساقن فتسكت عند
وصولها الى المعوي الغليظ ومروها منه وكأنه عند امتداد الدرن للمعوي
الغليظ قد نفق الاسهال ايضا لكون ميوعة المواد البرازية كما يظهر ليست
ناجبة عن افراز القروح المعوية بل عن الارتشاح الاتي من الاجزاء
الكثيرة حولها فان شدة الالتهاب الرئوي للغشاء المخاطي المعوي تختلف جدا
كما تختلف درجة احمرار الجدار وارتشاحه - ول القروح البدية فاذا كان
الالتهاب الرئوي متوسط الشدة جاز أن تكون المواد البرازية ذات قوام
طبيعي واما اذا كان شديدا فيحصل الاسهال لكن حيث ان تألم البطن
واردياد احساسه عند الضغط عليه لا يوجد غالبا ما يشترك البريتون مع المعوي
في التغير لا يوجد في غالب احوال الدرن المعوي علامات لا واسطة تدل على
اصابة المعوي ومع كثرة حصول اصابة معوية تاجية ومعرفة كون العلامات
للا واسطة المذكورة قد تنفقد مع وجود الدرن المعوي كما ذكرنا لا ينبغي
للطبيب القطع في الحكم بعدم وجود هذا المرض بل الذي ينبغي ان يقتصر
في قوله على ان الدرن المعوي لم يمكن اثبات وجوده

واما اعراض الدرن المساريقي فالذي كان معولا عليه سابقا ان العقد
المساريقية المتغيرة لا يمر منها الكيلوس وهذا هو السبب في نهوك الاطفال
المسمى بالسلس المساريقي والذي يتحقق الآن أمر ان الاول ان العقد
المساريقية المتغيرة لا يمتنع مرور الكيلوس منها ولا تنفقد قابلية النفوذ منها
بل مع تغيرها يمكن حقتها تماما الثاني انه قد يوجد في جثث بعض
لائخاض الهالكين فجأة تفيرد في عظم واتفاح في العقد المساريقية
وقد كانوا قبل الهلاك ذوي صحة زاهية في الظاهر حينئذ الدرن المساريقي

الاولى الحمد ولا يمكن معرفته معرفة أكيدة والصورة المرضية التي كان يعبر عنها بالسلس المساريقي تنتج عن تضاعف الدرن المساريقي بالدون المعوى وحينئذ ينبغي التاني في التشخيص به المذكر ولوفي الاحوال التي توجد فيها علامات الدرن المساريقي وهو الاسهال وانتفاخ البطن والحمى والنهوك ومن النادر العثور على العقد المساريقية المنتفخة بواسطة الجس وان تبصر ذلك يمكن الوقوع في الخطأ بسبب اختلاط المواد الثفلية الصلبة المحتبسة بالعقد المساريقية المنتفخة

• (المعالجة) •

معالجة الاصابة الخنازيرية للاجربة المعوية والعقد المساريقية ينبغي فيها قبل كل شيء مراعاة الاستعداد المرضي المحدث لهذه الاصابة والحفاظ لها واما المعالجة الوقائية والوسائط اللازم اتساعها في ذلك فلتراجع في المعالجة الوقائية من السلس الرئوي اتملئذ كرهنا انه كثيرا ما يقع الخطأ العظيم في اتباع ما ذكره وان من الضروري جدا المكث في المحل الجيد للهواء واما دلالات استعمال كل من زيت كبدا الحوت وقهوة جوز البلوط ومنقوع اوراق الجوز وكذا الحمامات المائية فسنذكرها عند الكلام على معالجة الداء الخنازيري وزيت كبدا الحوت لا يزيد الاسهال في جميع الاحوال بحيث ان احتجج الى استعماله ينبغي اعطائه ويتظر في تحمل المرضي له او عدمه وبالمجمل فمعالجة القروح الخنازيرية والدرنية للمعي مؤسستة على نفس القواعد العلاجية للقرحة المعوية المزمنة فاذا كان الاسهال غزيرا وجب اعطاء الافيون وقبل اعطائه ينبغي استعمال الجواهر الدوائية الموصى باستعمالها في الاسهالات التزلية كالجواهر القابضة والمرة وان كان البطن كثيرا الحساسية مؤلما وجب استعمال الضمادات القاترة وان ازداد الألم ازدياد اعطيا وجب ارسال بعض العلق على الاجراء المؤلفة

• (المبحث الخامس) •

(في سرطان القناة المعوية)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

سرطان المعى اندر حصولا من سرطان المعدة وحصوله يكاد يكون أولياداما
ومنفردا في الجسم ويندر أن يمتد إلى الاعضاء المجاورة للمعى وأسبابه خفية
الغاية

• (الصفات التشريحية) •

مجلس السرطان المعى الغليظ غالبا خصوصا الجزء السفلى منه أعنى التعرّيج
السيني والمستقيم ومن النادر جدا وجود تعقيدات سرطانية في المعى
العلوي والدقيق في آن واحد وان وجد في الدقيق كان مجلسه غديبير
الجمجمة

وسرطان المعى كسرطان المعدة تارة يكون اسكروسيات وتارة نخاعيا وأخويا
أي هلاميا كما أنه يوجد كذلك في المعى بجملة من أشكال السرطان مجمعة مع
بعضها وأول محل يتبدى فيه الاستحالة السرطانية المنسوج الخلوي تحت
الغشاء المخاطي فيظهر رقيقه على شكل الاسكروس وبعد انثقاب هذا الغشاء
المخاطي وبروز المادة الاسكروسية عليه تفر في وسطها الاستحالة السرطانية
التضاعبية والسرطان المعوي ميل عظيم للامتداد نحو القطر المستعرض للمعى
بحيث يتكوّن فيه تضاييق حلق وكثيرا ما تنقطع العروة المعوية المصاية
بالسرطان لتقلها في محل مخدر من البطن وهذه العروة تكون في الابتداء
متحركة ثم تثبت فيما بعد وما ذاك الا من الالتصاقات الحادثة بينها وبين
الاعضاء المجاورة بسبب التهاب البريتون في الجزء أو بسبب امتداد الاستحالة
السرطانية من المعى إلى الأجزاء المجاورة لها ثم ان قطر المعى قد يتضايق جدا
عقب تكون الورم السرطاني في جميع دأيره بحيث تجويفه يصير كجوف
ريشة الكتابة الا ان طول التضاييق يكون غالبا قليلا بقدر بعض قراريط
واعلى محل التضاييق يكون المعى غالباً مدداعظما وممتلئا بالمواد الثقيلة
والغازات وجدره تكون ذات ضخامة والغشاء المخاطي ذا التهاب متفاوت
الدرجة واما أسفل محل التضاييق فيكون المعى فارغا باطلا على نفسه وقد
يحصل في مدة سير هذا المرض اتساع في التضاييق عقب تفرح السرطان
وتلاشيه كما ذكرنا ذلك في سرطان المريء والبواب وقد يمتد التآكل
لسرطاني حتى يصل إلى البريتون وبعد انثقاب هذه الطبقة المصلية تنصب

المحصلات المعوية في تجويف البطن وقد يتدالتا كل الى الاعضاء المجاورة
ان كان هناك التصاق من قبل وفي هذه الحالة اما ان يحصل استئراق بين
المرء المعوية او نواصير برازية اذا كان المعى متصقا بجدار البطن وعند
نا كل سرطان المستقيم يمكن حصول ثقب مهلى او مثاني كما ان ثقب الجزء
المتبقي من المعى اعلى التضاييق قد يؤدي لتثقب المعى وانصاب متحصلة في
تجويف البطن او في استطراقات غير طبيعية
(الاعراض والسير) *

لا يمكن في كثير من الاحوال معرفة السرطان المعوى معرفة أكيدة والمرضى
التي تصاب به تشكي بالام اصم مستمر او ذي نوب متكررة في شغل محدود من
البطن ويحصل زيادة عن ذلك امساك مستعص اعياى يوجد غالباً قبل
تكون التضاييق ويكون اذ ذلك متعلقا بالاستحالة المرضية للطبقة العضلية
وزوال الحركة العيانية للمعى في المحل المريض ويصير الامساك زمناً فزناً
مستعصياً جداً فترايد الاكام وفتح البطن فيحدث حينئذ تموع وفي ونحو
ذلك من أعراض التضاييق المعوى وعند زوال الامساك يحصل للمريض
راحة وقبسة والاعراض النوية المذكورة تتردد في ارضة قصيرة وتزيد
شدتها وتمديد هال الحياة ثم فيما بعد يتراد الامساك جديلاً لا يمكن زواله أصلاً
وحيث يحصل الهلاك عقب ظهور أعراض الاختناق المعوى وان وصل
المريض الى هذا الحد ولم تتغير هيئته ولونه وتغذيته ولم يوجد ورم في البطن
ولم يرتكس في التشخيص على شكل المواد البرازية بقي تشخيص المرض
مبهماً وان اوضح وجود عائق مانع سير متحصل المعى اذ شياً فشيأ الا ان
طبيعة هذا العائق لا تعرف الا من الصفات الشريحية وفي أحوال اخرى
لا تمك المرضي بسرعة من نوبة انسداد المعى الحادة بل تظهر زيادة عن
الامساك الذي يزداد بالتدريج والام الاصم في البطن علامات سوء القنية
السرطانية الثقيلة فتخط قوى المرضي بسرعة ويتلون الجلد باون ومنع مضفر
وهذه الاعراض يستتبع منها على غلبة الظن ان العائق من طبيعة سرطانية
فان زادت النفاذة وظهر في القسم السفلى من البطن ورم مقعر لمعول صلب
ذو حديدات بسبب رقة جدار البطن صار التشخيص أكيداً

وان كان مجلس السرطان في المستقيم نفسه أو أعلى منه يعض قراره ما
اشتكت المرضى بالآلام شديدة في قسم العجز تنتشر فهو الظهور والتضيقين
وهذه الآلام كثيرا ما لا يعتنى بها سيما عند وجود انتفاخ وتعدد دوالي في
الأوردة الباسورية وتخرج مواد مخاطية مدعمة من المستقيم فتعتبر حينئذ
علامات دالة على مرض غير خطر الآن كلامن الأمساك إلا أخذ في التزايد
وصفة المواد البازية الخاصة بصير مخوفاً فان تلك المواد يكون قطرها صغيرا
جدا وأحيانا تصير مستديرة ويطور أمفرطحة على شكل شريط أو هيئة كرات
صغيرة كبر الغنم وتخرج هذه المواد المتشبت بها طبقة من مواد مخاطية
شفافة ثم تصير صديدية يصعبه آلام شديدة لا تطاق وقد يحصل سهولة في التبرز
عقب لين السرطان وتقرحه وأنه يحصل محل الأمساك اسمال وعند ذلك
تحصل آثرقة معوية بل ويسيل من الاست في غير وقت التبرز سائل غزير
متغير اللون كريه الرائحة وان امتد التآكل المهبل والمثانة نتج عن ذلك
أحوال سهولة مكربة وشرح هذه الأحوال الموهلة والقواعد التي ينبغي
اجراؤها في البحث عن المستقيم بالأصبع والمناظر ليستدل على طبيعة هذا
المرض من وظائف علم الجراحة فلا داعي لذكره هنا

ثم ان سير سرطان المعوى بطى عادة الا في أحوال نادرة وينتهي بالموت بلا شك
ويكون ذلك اما عقب الأمساك المستعصى الذي يظهر اما فجأة او تدريجا
واما عقب ظهور التوركة الشديدة التي يكثر ان يختم اليها اعراض
الاستسقاء العموى او السدد الوريدية وأحيانا يسرع الموت بسبب حصول
التهاب يرتوى يظهر اما عقب حصول التثقب المعوى او بدونه

• (المعالجة) •

معالجة السرطان المعوى لا تكون الانسكينية ويقبى الاجتهاد بواسطة
التدبير الغذائى في منع تكوين مقدار عظيم من المواد الثقيلة والاجود في
ذلك تغذية المرضى بالامراق المركزة والبيض النعير شرب وبعض البان
والالتفات الكلى الى تنظيم حركة التبرز عند المريض بحيث لا يمل في اعطاء
مليينات أو كبدية التأثير لكن تكون قليلة التهييج ما أمكن وأجودها زيت
الخروع وان كان كريه الطعم لكن بالتعود تزل الكراهية وزيادة على ذلك

يرجع لما ذكرناه في المبحث الثاني في معالجة المضائق المعوى وأما ما يخص
الاعمال الجراحية فلتراجع في محالها

(المبحث السادس)

في التهاب المسوج الخلوى المحيط بالمعى ويعرف بالالتهاب القولونى الدائرى
او المحيط وبالالتهاب المستقيمى الدائرى او المحيط أيضا

(كيفية الظهور والاسباب)

أما الالتهاب القولونى الدائرى فعبارة عن التهاب المسوج الخلوى المثبت
للقولون المساعد بالعضلة القطنية المربعة ويكون فى الغالب هنا امتدادا من
التهاب الاعور والقولون وفى أحوال أخرى يكون مضافا ثانيا بنفسه ويعبر
عنه حينئذ بالالتهاب القولونى الدائرى الرومانيزى وقد يظهر هذا الالتهاب
فى آخر سير السيفوس وفى التسمم الصديدي للدم وفى الحيات النفاسية
وحينئذ يعد من التهابات الانتقالية والنضج الذى يحصل فى هذا الالتهاب
القولونى الدائرى قد يمتص فيه نوى المرض بالتصل والغالب ان يؤدى هذا
الالتهاب لتسكز المسوج الخلوى الممتد فيتكون بروزات صديدية عظيمة
قد تمتد الى أعلى حتى تصل الى الكلية او الى أسفل الى ان تصل خلف الرباط
البوبارى الى الحرقى العالى ثم الى الجهة الانسية من الفخذ وقد ينتقب
الجدار الخلقى للاعور والقولون والجدار المقدم من البطن او جلد الجهة
الانسية من الفخذ أو ان الصديدي ينسكب فى تجويف البطن فيؤدى لحصول
الالتهاب البريتونى

ثم اذا ظهر هذا المرض عقب الالتهاب الامورى بقى بعد زوال الورم
السطحي الخاص بالاعور الملتب ورم آخر مؤلم غائر الوضع ويكون هذا
الورم مغطى بالاعور المحتوى على الهواء يكون صوت القرع عليه زانا
واضعا وبواسطة الضغط الذى يحدته هذا المرض على الجذوع العصبية
كثيرا ما يحصل فى الطرف الموازى للورم ثقل واحساس بالآلام واوذيميا
فيه عقب الضغط على الاوردة وعند ثقل هذا الورم ينقص حجمه وتتناقص
الآلام ويعود المريض للصحة بسرعة واذا حصل التقيج وتكون خراج
شوهه ازدياد حجم الورم ويظهر فيما بعد فى الاحوال الجيدة تنوج فى جدر

البطن او الفخذ ويستقرغ من هذا الخراج عند افتتاحه مواد صديدية
مختلطة بمواد خاوية متعفنة ويحصل في مثل هذه الاحوال الشفاء ان كانت
قوى المريض ذات مقاومة كافية وفي احوال أخرى يحصل الموت عقب
لهوكة والاضططاط واذا انفتح الخراج في القولون عقب انشقاب جداره
انحلقى كان انتهاء المرض حبيدا واذا انفتح في تجويف البطن أدى الالتهاب
البريتوني الى الموت بسرعة

وسير الالتهاب الاعورى الدائرى أو المحيط الروماتيزمى يشابه ما ذكر واما
الشكل الانتقالى من هذا المرض فالموت فيه عادة يحصل من تأثير المرض
العموى قبل مريان الصديد الاتحدارى والتقيحات

ويوصى في ابتداء هذا المرض باوسال العلق مثل ما يعمل في الالتهاب
الاعورى وكثيرا ما يلجأ لتكراره ثم تستعمل الضمادات القاترة فيما بعد
وان ظهر القماح وجب فتح الخراج

واما الالتهاب المستقيم الدائرى فالمراد به التهاب المنسوج الخلوى المحيط
بالمستقيم وتظهر هذا المرض تارة يحصل عقب التهابات حادة او مزمنة في
المستقيم او استحالات مرضية أخرى فيه وتارة يصاحب الامراض التى
تتصل في الحوض والاعضاء المضمرة فيه وتارة يكون كالالتهاب
الاعورى الدائرى أحد الظواهر التابعة للالتهابات الانتقالية المنتشرة
وتارة وهو كثير يشاهد عند بعض المصابين بالدرن الرئوى او المعوى وكيفية
حصول هذه المضاعفة غير واضحة اذ لم يثبت ان التهاب المنسوج الخلوى
ناشئ عن قبح العقد الليفية فيه ومكابدتها للاستحالة
الجينية

ثم ان الالتهاب المستقيم الدائرى الحاد قد ينتهى بالتحلل وقد يؤدي وهو
الغالب لحصول قبح وتكون خراج ينفتح فيما بعد من الظاهر او في المستقيم
عقب تنقبه وأما الالتهاب المستقيم الدائرى المزمن فالغالب ان يؤدي
لتبسات وتخن في المنسوج الخلوى الملتب لكن الغالب ان يحصل فيه
كذلك تقيحات جرثومية فيحصل حينئذ قروح نامورية عسرة الشفاء وفي
ابتداء الالتهاب المستقيم الدائرى الحاد يشاهد دور مصلب في البطن

أو بالقرب من العنصر وإذا أدخل الطبيب أصبعه في المستقيم أحس غالباً بوجود ارتشاح في المسوج الظهري فالمرضى لا يستطيع الجلوس ويحس عند التبرز بالآلام لا نطاق فإذا حصل تقيح في الجزء المتهب وانفتح الخراج جهة الباطن زادت الآلام عند التبرز فيحصل زحير غير مطاق ثم يخرج من الأمت أخيراً مواد صديدية كريهة الرائحة شديدة السيئ وبهذه الكيفية يحصل الناصور المستقيمي الباطني غير الكامل وأما إذا انفتح الخراج فهو الظاهر فيظهر قروح في وسط الورم الصلب الذي في العجان أو بجوار العنصر ثم تستقرغ المواد الصديدية المتتمة المذكورة عقب انقباض جدر الخراج وذلك يفتح عنه ناصور شرسى ظاهري غير كامل وأما أعراض الالتهاب المستقيمي الدائري المزمن فالغالب أن تحتني إلى أن يؤدي هذا المرض لحصول تضيق في المستقيم ومتى تكون عن هذا المرض نزوات حصلت آلام شديدة ثم باقى الأعراض السابقة

وفي هذا الشكل يجهت في تحليل الالتهاب بالوضعيات الباردة ثم تستعمل الضمادات والتمهيد القاترة ويسادر بفتح الخراج لتجنب حصول التشبب جهة المستقيم أو المثانة

• (المبحث السابع) •

(في التزيف المعوي والتقدمات الوعائية المعوية)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

التزيف المعوي الذي يكون في الجزء العلوي من القناة المعوية يحصل بكيفية مشابهة التي يوجد بها التزيف المعدي والغالب أن هذا التزيف يفتح عن احتقانات شديدة احتباسية في مجموع الوريد الباب كما يشاهد ذلك في أحوال السير وزال كبدى وقد يشاعن قرح في جدر الأوعية المعوية كالنزيف المعوي الذي يشاهد أثناء سير الحمى التيفوسية والدوسنتاريا أو أثناء سير السيل المعوي وهذا الأخير نادر وقد يكون التزيف المعوي ناشئاً عن تغير مرضى في جدر الأوعية الدموية وإن لم يظهر هذا التغير فيها بالميكروسكوب كالنزيف الذي يحصل أثناء الحمى الصفراء والاسكربوط وهو ذلك

واما القددات الوعائية لاوردة المستقيم المعروفة بالبواسير الاعورية
وبالعقد الباسورية وتزيف الاوعية المستقيمة المعروفة بالبواسير السبالية
فهى من الامراض الكثيرة الحصول جدا وكل من هذه التغيرات المرضية
كان يعتبر سابقا عرضا لمرض بني عام نوعى يسمى بداء البواسير بل كانت تعتبر
على مقتضى نظريات الزمن السابق أجيود الاشكال المرضية واحدها الداء
البواسير البني العام وكان يعتبر أيضا ان اتجاه الداء البواسير نحو اعضاء
أخرى كالرأس او الصدر او البطن من الامور الخطرة لكن قد تركت هذه
الاعتبارات فلم يلتفت اليها من وقت ان ثبتت اهمية العوائق الميخانيكية
في اتساج هذه القددات الوعائية للمستقيم وانزقته ومن وقت ان ظهر ان
التنظريات المؤسس عليها كيفية انتقال البواسير الى الاعضاء الباطنة باطله
صار لايعول عليها ومع ذلك فكيفية البواسير واسبابها لم تزل فيها بعض أمور
غير واضحة وضوحا تاما

ثم ان السبب الرئيس في اتساج هذه البواسير اعنى تعدد المستقيم عددا والبا
وانزقتها هو وجود عائق مانع من استفرغ دم هذه الاوعية او موجب
لاحتباسه او ركوده فيها والاسباب العائقة لاستفرغ دم الشبكة الوعائية
الباسورية هى أولا احتباس المواد الثقيلة في المستقيم او وجود أروام في
الحوض او الرحم المحتوى على الجنين وقت الحمل والبواسير الناشئة عن ذلك
كثيرة الحصول وثانيا انضغاط الوريد الباب أو انسدادده ولذا يشاهد أن
ظهور البواسير في أحوال سيرور والكبد القوي ينتج عنه احتباس الدم في
فروع الوريد الباب من الظواهر الكثيرة الحصول وعين هذا التأثير يظهر
انه يحصل من مجرد امتلاء الوريد الباب وبذا يمكن توجيهه كثرة حصول
البواسير في الأشخاص الشبهين وتوضيح ذلك انه في أثناء الهضم يحصل
مرور كمية عظيمة من السوائل من المعى الى الاوعية المعوية ومن المعلوم أن
امتلاء الاوعية البواسيرية أثناء كل هضم يحصل عنه احتباس الدم في الاوردة
الطحالية وبذلك يحصل عند في الطحال أثناء كل هضم فالغريب للعقل ان
الاقراط من الماء كل والشارب يحصل عند عدد عظيم مستقر في الوريد
الباب ومن ذلك يحصل عدد عظيم في غيره من الاوردة التي تنصب ما فيها في

الوريد المذكورة ويتعاقب الانقطاع تلك الاوردة متتحدة وهذا التوجيه وان كان نظريا أقرب من التوجيهات التي أجريت على حصول البواسير عقب الانقطاع من الماء كل والمشارب

وقد يكون العائق المانع لاستقرار دم الاوردة الباسورية بعيدا عن السكب اي في تجويف الصدر الا ترى ان البواسير كثيرا ما تحصل في أمراض الرئتين التي ينتج عنها تمدد عظيم من انضغاط الاوعية الشعرية أو زوال تلك الاوعية والمرضى تعتبر تلك البواسير حينئذ سببا لمرض الصدر لا ناتجة عنه وهذه الكيفية تحصل البواسير في أمراض القلب كما تحصل امثلة آت وريدية أخرى

ثم ان الموائع المذكورة المانعة لسير الدم لا تمكن عادة في توجيه حصول البواسير فان حصولها ليس بنسبة عظم العائق وقلته فانها تارة لا توجد ولومع وجود عائق عظيم جدا في سير الدم في الشفيرة الباسورية وتارة أخرى تكون كثيرة الوضوح جدا ولومع عدم وجود عائق في الدورة ماعدا الامساك الوقتي ومثل ذلك يشاهد بالنسبة لحصول دوالي اورددة الاطراف السفلى في الحوامل اذ يشاهد في بعض النساء حصول دوالي اورددة الساقين في الاشهر الاولى من الحمل فتكسب جماعظها وعند آخر لا يشاهد فيهن رأسا في الاشهر الاخيرة من الحمل ولومع كثرة وجود السائل الجنيني وعظم حجم الجنين واختلاف اوضاعه فيبقى على ذلك ان جدران الاوردة عند بعض الأشخاص تكون أقل مقاومة منها في آخرين وان قلت مقاومتها لتأثير عظيم في حصول تمددها خصوصا في تمدد الاوردة الباسورية وقلتها مقاومة جدران الاوردة المذكورة كثيرا ما تكون وراثية في بعض أشخاص اذ لا ينكر حصول البواسير في جميع فروع بعض عائلات مخصوصة على التوالي زمانا طويلا فلا يمكن توجيه ذلك الا بتوارث قلة المقاومة في جدران الاوعية الوريدية عندهؤلاء العائلات وقد تكون قلة المقاومة المذكورة مكتسبة خصوصا بواسطة الاضطراب الغذائي الذي يفتق عن الالتهابات المزلية في المستقيم

وقد ذكرنا ان تمدد الاوردة في جميع الاغشية المخاطية من جهة التغيرات

الملازمة للنزلات المزمنة في تلك الاغشية فلاغروان الاوردة المستقيمة
المستعدة للتدد بوضعها الطبيعي تكون مجلسا للدوالي عند حصول التهابات
نزلية في المستقيم

وحينئذ يتضح من جميع المؤثرات المضرة التي يكابدها المستقيم ومن كثرة
حصول التغيرات المرضية حادة او مزمنة للاعضاء المجاورة له التي يشاركها
فيها ومن الاضطرابات الدورية التي ذكرناها كثرة حصول التهابات القرنية
المزمنة في المستقيم وكثرة حصول التددات الوريدية فيه تبعاً لذلك

ويجب أيضاً حصول البواسير لوجود امتلاء دموي عموي ويقال ان
السيلان الباسوري يعتبر في هذه الحالة بجزء من هذا الامتلاء وحصول
البواسير في الحقيقة وان لم تتكرر كثرة في كثير من يتعاطون كمية عظيمة من
الماء كل بعد تمام غوثهم يعني انهم يتعاطون اغذية أكثر مما يحتاجونه لنمو
الجسم وانهم كثيراً ما يحصل عندهم بعد حلول السائل الباسوري تحسين
عظيم في القرح وفي بعض النزلات المزمنة وغيرهما من الامراض التي توجد
بكثرة في مثل هؤلاء الأشخاص لا يسوغ القول بنسبة البواسير وغيرهما
ذكر الى حالة امتلاء عموي أعني الى الزيادة المطلقة في متحصل المجموع
الوعائي فان استمرار هذه الحالة ليس فائداً على الدوام لان امتلاء الاعوية
المذكورة من المعالوم انه يؤدي الى حصول افرازات دائمة حتى يحصل التعادل
وحيث ان التغيرات التي يكابدها الدم عند الافراط من الجواهر الغذائية
غير معروفة كافية فكيف تفسر ظهور الاحوال المرضية التي تحصل في
مثل هذه الاحوال غير واضحة بالكلية أيضاً

وحصول البواسير في سن الطفولة اندر منه في سن البلوغ وبذلك لقله
حصول العوائق الدورية السابقة الذكر وقله حصول النزلات المزمنة
للمستقيم عند الاطفال ومن المعالوم ان من اسباب البواسير المعيشة الجالوسية
وتعاطي الاغذية المهيجة والافراط من المسهلات القوية وتكرار الحقن من
المستقيم مع عدم جودة استعمله وكون البواسير عند النساء أقل من الرجال
وفي الاقاليم الحارة أقل من المعتدلة وان الافراط من الجاع بوجبه أيضاً وعلى
فرض صحة لا يمكن توجيهاً بالاسباب السابقة

«(الصفات التشريحية)»

اما التزيت الذي يحصل في الاجزاء العليا من المعى فلا يمكن الوصول الى
 ينبوعه واثباته في الجنة حيث انه في الغالب يكون شعريا وقد يوجد الغشاء
 المخاطي المعوي مرثضا بالدم في امتداد عظيم وهذا يدل على ان انسكاب
 الدم لم يحصل فقط على السطح السائب للغشاء المخاطي بل فيه وفي جوفه ايضا
 ويشاهد عقب الانزفة المعوية التي نشأت عن قروح معوية تجعدات
 دموية ملتصقة بالقروح التي كانت دامية وقشاهد حوائف تلك القروح
 وقاعها مرثضة كذلك بالدم والدم المتسكب تارة يكون مائعا وتارة منعقدا
 قليلا ويبدوان يكون احمر اللون والغالب ان يكون متلونا بلون مسمر كلون
 الشكولا أو مستحبالا الى مادة شمعية ومضخة قطرات

والانثقافات الدوائية المستقيم التي يطلق عليها لفظ البواسير الاعورية
 لا توجد الا في انحاء المستقيم تقريبا اما داخل العضلة العاصرة وعلى حافة
 الشرج والاولى تسمى بالبواسير الاعورية الباطنة والثانية بالظاهرة ثم في
 الابتداء يكون القدد الوريدي منتشرا فيكون كشكة سمكية مزرقة ثم فيما
 بعد يظهر دواليات منفردة ولا يبدوان تخاط فوهة الشرج بصويته من ذلك
 وفي الابتداء أيضا يكون القدد الدوالي الصغيرة قاعدة عريضة ويظهر ثم
 يزول في ازمة متعاقبة ثم يصل فيما بعد الى حجم السكرز أو يزيد وحيث ان
 البواسير الباطنة تندفع من الشرج كل مرة عند مجهودات التبرز
 وينجذب معها الغشاء المخاطي فلا تلبث الا قلب الاحق تصير ذاعنيق وتبقى
 كثيرا خارج الفوهة المذكورة كما يشاهد ايضا ان هذه القددات الدوائية
 توجد تارة متوترة وتارة هابطة لكن الحبوب المتسكوة بهذه الكيفية لا تزول
 مطلقا ومنظر البواسير وتالياتها تغير مع طول مدة قسورها فبعد ان كانت
 ابتداء ذات لون مزرقي وجدر رقيقة ورغوة تلتصق فيما بعد بالغشاء المخاطي
 بعد تكرار حصول التهابات المزمنة وتفقد هذا اللون المزرقي وتصير سمكية
 مخبئة ولا يبدوان قاصق بجله دواليات بعضها ولا يبق للصفات التي فيها
 الاثر قليل وبذلك تتكون حبوب عظيمة متعرجة تنفخ فيها جلة او ردة وقد
 تسكون في باطن الدوالي سد ذاتية تملؤها وتحدث انسدادها وصورها

والدوالي العظيمة التي تندفع الى الخارج وقت التسريح يمكن ان تلتهم وتقع في الغنغرينا عقب الاختناق الذي يعثر بها وقد يحصل التهاب وتقرح في الغشاء المخاطي المحيط بعنق العقد الدوالي فيكون من ذلك قروح بواسرية كما انه في احوال اخرى قد يند التهاب الى المسوج الخاوي الجاوري فينتج عن ذلك التهاب فلفموني مستقيمي يعقبه تكون نواصير مستقيمة

واما التزيف الباسوري فينتج عن انجرار العقد الدوالي الى امكن القليل منه قد يحصل كذلك من امتلاء الاوعية الشعرية الصغيرة

وعند البحث التشرحي عن الغشاء المخاطي المستقيمي يوجد كما قال ورجوف مسترخيا منتفخا ثخينا عابذا اللون سنجاني مبيض والمسوج الخاوي تحته كثير الرخاوة وكلاهما كثيرا الارعية وكذا يوجد هذا الغشاء مغطى بطبقة لزجة مبيضة متكونة من مواد بشرية مخاطية

(الاعراض والسير)

الانزفة التي تحصل في الاجزاء العليا من المعى هي دائما ظواهر مرضية لامراض ثقبية وتقدم ذلك اول البحث فينبغي الكلام عليها عند شرح اعراض هذه الامراض الناتجة عنها

واما شرح البواسير كما هو مدون في كتب الطب القديمة فضلا عما هو مطبوع في اذهان العامة الى الآن فينقسم الى ثلاثة اقسام الاول الاعراض الموضعية الناتجة عن التهاب القولن والدوالي الوريدية والتزيف الباسوري وبذلك انقسمت البواسير الى مخاطية واعورية شجافة وسيالة الثاني الاعراض الدورية التي تكون موضعية وعامة في آن واحد وهي السابقة على اتساق البواسير وسيلان الدم الباسوري ويحصل في تلك الاعراض تاثير عظيم عند اول العرض الاخير وتعرف بالحركة الباسورية الثالث الاعراض الدائمة وهي تدل على وجود اضطراب مرضي في البنية واحده الاعضاء البعيدة وهذه الاعراض يحصل فيها ايضا تحسين عظيم عقب التزيف الباسوري والعامة تعبر عن هذه الاعراض بالبواسير المنتقلة او العوضية اذا حصل نزيف في محلات اخرى

ثم انه ينبغي رفض القسم الاخير من اعراض البواسير فان الامتلاء الوريدي

البطن مثلاً الناتج عن سير وزالكبد اذا حصل فيه تلطيف عقب حصول
 نزيف باسورى وحصل عقب ذلك ايضاً زوال وقى في ضيق النفس والامتلاء
 الغازى للبطن في ظواهر الايوجنداريا لايجوز نسبة واحد منهما للبواسير
 كما لايجوز نسبة التزلات الشعبية او نوب النقرس عند الاشخاص ذى
 الامتلاء الدموى للبواسير الاتقالية بمجرد حصول تلطيف في الاعراض
 المذكورة عقب حلول نزيف باسورى واما مجموع الاعراض المعبر عنها
 بالحركة الباسورية فتنبئ نسبتها على رأى ورجوف للتزلة المستقيمة المتكررة
 فالمرضى بحس بقرتان وتوتر في المستقيم كما يشاهد ذلك عند حصول التهابات
 نزلية في اعضاء أخرى او عند تردد التهاب التزلى المزمن فيها وينضم لذلك
 آلام شديدة في القطن والظهر تشابه آلام الرأس الشديدة التي تحصل عند
 وجود نزلة في الانف والجيوب الجبهية وكذلك حالة البنية تضطرب زمن
 التهاب التزلى المستقيم كما تضطرب ايضا عند حصول التهابات نزلية في غير
 المستقيم فالمرضى يكون ذاهبوط واسترخاء وكآبة والمكابدات التي تحصل
 من ازدياد الاحتقان وانتفاخ اورام البواسير تتم صورة الحركة الباسورية
 وكثيرا ما يحصل عند ارتقاء هذه الاعراض الى أشد درجة نزيف يعقبه
 تلطيف عظيم في اعراض التهاب التزلى المستقيم والانتفاخ والباسور
 الدوالى نفسه بحيث ان المريض عقب ذلك يحصل له الراحة التامة ثم اذا
 عادت للمريض اعراض الحركة الباسورية فلا غرابة في غنبة حلول التزيف
 الباسورى فليأطلب الراحة واذا تيسر للطبيب ازالة التزلة المستقيمة
 والاحتقان الباسورى بطريقة أخرى كضاربة الامساك الناتج عنه
 الاحتقان المستقيم فالاعراض المذكورة تزول بدون حلول التزيف
 الباسورى

ثم ان الاعراض الموضعية التي تنتج عن البواسير تختلف باختلاف عددها
 وعظمتها وشدة امتلائها فتكون في الابداء قليلة ويحتمل المريض بوجود
 جسم غريب في المستقيم ولا يحتمل بالآلام الا عند حصول تبرؤ مواسق
 يابسة ثم اذا صار الشرج محاطا فيها بعد مجوينة من اورام دوالية عظيمة او صار
 احدها هذه الاورام عظيم الحجم متوترا جدا فالمرضى يعتبر بهم الم على الدوام

فلا يمكنهم الجسوس والتبرزوان كان مانعا يحدث عندهم مكابحات عظيمة
لاتزول الاشياء قسما ولا يتدركان يتسبب عن ذلك حيز المريض لاتبرز عدا
وارتقاء الا لآلام الى اقوى درجة حتى اندفع احد هذه الاورام من الشرج
ثم احتقت هناك وانتهت

واما حصول التزيف الباسورى فيكون عادة وقت التبرزومى كان ينبوعه
شعريا كانت المواد البرازية ملقونة بدم فقط واما اذا كان آتيا من دوالى وعاء
عظيم انفجر فكثيرا ما يخرج بمقدار عظيم ينف عن أواق ويندوان يصير
التزيف عظيما جدا بحيث يهدد حياة المريض

واما البواسير المعروفة بالمخاطية فهي عبارة عن خروج الافرازات المخاطية التزلى
السابق ذكره وهذا الافرازات تترافق مع المواد البرازية وتارة يدونها من
الشرج زمانا زمنا والغالب ان توجد ابتداء اعراض البواسير المخاطية
وتستمر منفردة زمانا طويلا ثم تطرأ عليها فيما بعد اعراض البواسير الاعورية
او الباردة

والظاهر ان سير البواسير هن من في الغالب عند تأثر الاسباب المضرة الى
تحدثها واما اذا كان تأثر هذه الاسباب دامة قصيرة فيمكن زوال البواسير
بالكلية بعد استقرارها قليلا

ثم ان التغير الذى يشاهد في اعراض البواسير عند استمرار هذا المرض زمنا
طويلا أدى لظهورات مختلفة فقد شبه بعضهم البواسير بالحمى عند النساء
وبعضهم جعل لتغير منازل القمر تأثيرا في سير هذا المرض وذلك محض خطأ
فان المريض ان وجد في حالة جيدة أحيانا وأحيانا في مكابحات عظيمة
فالغالب الوصول الى معرفة سبب تكرار حالته بان يكون حصل عنده امساك
تفجع عنه سوق في سير الدم في الاوردة الباسورية أو امتلاء غير اعتيادى في
او عمية الباب عقب الافراط من المأكول والمشرب مثلا ونج عن ذلك
احتباس الدم في أوردة المستقيم او عرض المريض نفسه انتهاء الى أسباب
مضرة أحدثت عنده بدلا عن الزكام والتهلة الشعبية ارتقاء وتردد في التهلة
المستقيمة حيث ان هذا العضو عنده أقل مقاومة وقد لا يمكن الوقوف على
حقيقة المؤثرات المضرة لكن ذلك يشاهد في تردد غير هذا المرض فلا حاجة

لا يرتكان الى نظريات غريبة

وبالجمله فكثيرا ما يولغ في الخطر الناتج عن تأثير انقطاع السائل الباسورى
الذى صار اعتياديا وهذا رأى وان لم ينكر بالكلية لا ينبغي اعتقاد ان هذا
السيلان عبارة عن مجهودات شفاية تفعلها الطبيعة وانما يقول على ان
المستقيم من جملة الاعضاء ذوات الامراض الاقل خطرا بالنسبة للبيئة
العمومية وان الاشخاص الذين يصاب فيهم المستقيم بكثرة عند تعرضهم
لاسباب مضرة تكون حالتهم أهون واجود من الذين يصاب فيهم غير المستقيم
من الاعضاء المهمة كالمعدة والشعب مثلامتى تعرضوا لى الاسباب
السابقة فثلا اذا طرأ عند هؤلاء المرضى مرض فى أحد الاعضاء المذكورة
أخيرا عند تعرضهم لاسباب مرضية فهذه حالة مخزنة بخلاف ما اذا حصل لهم
بواسير فقط فهذه حالة غير مكروهة لهم وذلك نفس ما يقال اذا تعرض انسان
لتأثير البرد وحصل له زكام مثلا فهذه الاولى من حصول مرض آخر تقبل
عنده وكذلك فى الاحوال التى يحصل فيها ازمنة قضا نيف باسورى فانه ينتج
عنه تاليف عظيم فى اعراض كل من الامتلاء البعوى البطنى الميجائى
والقزلات الشعبية او غيرها من الامراض التى تحصل عند بعض اشخاص
فى سنن الاربعين المقرطين فى المسالك والمشارب لانه ربما ينتج عن انقطاع
السائل الباسورى ضرر عظيم لكن حيث ان الرئيس فى مثل هذه الاحوال
هو التزيف ويمكن تعويضه بواسطة الاستقراعات الدموية الموضعية لا يكون
على المريض ادنى ضرر وانما الضرر عدم ملاحظة الطبيب ان استعمال هذه
الواسطة الاخيرة واجب

• (المعالجة) •

اما المعالجة السببية فتستدعى الاجتهاد فى تنظيم حركة التبرز فى الاحوال
التى فيها القرا كم التكرار له واد التقلية الصلبة ينتج عنه نزلات مستقيمة
ودوالى فى اوجبة المستقيم لكن لا تستعمل المسهلات الشديدة لاجل
مقاومة الامساك عند الحاصين بالبواسير الا نادرا اى عند الاضرار فقط
ويخشى من استعمال الصبر والحقل عند هؤلاء الاشخاص فانهم اذا تأثروا
مهمج على الغشاء المخاطى المستقيم واجود ما يستعمل عند هؤلاء المرضى زهر

الكبريت فان هذا الجوهر مدوح من زمن طويل في معالجة البواسير
والغالب ان يعطى الكبريت مفصدا بطرطرات البوتاسا وكثيرا تركب
استعمال المركب المأخوذ من زهر الكبريت درهم ٢ طرطرات البوتاسا
اوقية $\frac{1}{4}$ السكر العطري لليمون وسكرياض من كل واحد درهم عدد ٢
يمزج هذا المسحوق ويعطى منه كل ساعتين او ثلاثة ملء ملعقة من فان لم
يثمر هذا التركيب وجب أن يضاف اليه قليل دراهم من السنا المكي
او الراروند وهذا التركيب آخر كثير الاستعمال بدخلة الكبريت ايضا وهو
مسحوق العرقسوس المركب (المصنوع من السنامكي وجذور العرقسوس
من كل منهما دراهم عدد ٢ ومن غمر الشعرو زهر الكبريت من كل منهما
درهم ومن السكر من ستة دراهم الى اوقية) ويعطى منه كذلك كل يوم ملء
معلقة من ولا ينبغي الا بصا استعمال الحقن فانه يحصل من استعمالها
ولولا اللطف تهييج عظيم في المستقيم

واما الاحوال التي فيها تكون البواسير ناتجة عن امراض في الكبد
كالسيروز وفي القلب والرتتين فالغالب ان لا يمكننا اتمام دلالات المعالجة
السيمية ومع ذلك فاستعمال الكبريت في هذه الاحوال واجب ايضا متى
حصل تعسر في التبرز حتى لا يتضاعف العائق وحيث قلنا ان من جملة الاسباب
المهمة للبواسير زيادة امتلاءوريدعقب الاقراط من الماء كل ول المشارب
فالمعالجة السيمية تستدعي ان مثل هؤلاء المرضى لا ينبغي لهم تكرار الاكل
بكثرة ولا الاقراط منه وكذا استدعي المعالجة السيمية للبواسير التي تحدث مع
غيرها من الامراض من مجرد الاقراط في الماء كل ان تمنع المرضى الواقعين
في هذا الامر عنه بالكلية ويؤمنون باستعمال تدبير غذائي منتظم ثم ان
كانت البواسير ناتجة عن مجرد امتلاء دموي في مثل هذه الاحوال حقيقة
فلا يمكن توجيه ذلك الا بأنه لا يخرج من مصل الدم المحتوى على كمية زائدة من
العناصر الأولية كالزلال مثلا كمية معادلة لما يخرج منه اذا كانت كمية
هذه المواد الزلائية فيه طبيعية وامتلاء الاوعية طبيعيا كذلك الا اذا زاد
الضغط الحثائي للعود الدموي وكان امتلاؤها زائدا عن الحد ايضا فان الثابت
بالنسبة لافراز البول ان كمية البول المنفردة قل عند ازدياد كمية الزلال في

يصل الدم واعتقاد العامة والأطباء يوافق هذا الرأي المذكور فان الانسان
 لا يحصل عنده امتلاء دموى بمجرد تعاطي كمية عظيمة من الماء كل والمشرب
 بل انما يحصل عنده ذلك اذا تعاطى اغذية حيوانية قوية التغذية
 ومشروبات روحية ومع كونه لا تتعرض لمعادلات هذا الرأي وتوجيهاته
 العديدة وان كان في احوال الامتلاء الدموى تزيد كمية الدم حقيقة او الزائد
 فقط السكرات او المواد الزلالية لا بأس على كل حال بالايعاض بالتدبير
 الغذائى موافقة للتجارب العادية والاستدلالات النفسىولوجية فينبغى
 أولاً تنقيص كمية العناصر الأولية الازوتية اى الزلالية قليلاً كل المريض
 اغذية من اللحوم والبيض الامرة واحدة في النهار ويوصى باستعمال
 الاغذية المتخذة من الخضراوات سيما الخضر والتمار والفتويات كالدرز
 ونحوه وينبغي له ازدياد حركة التحليل فيؤمن المريض بالرياضة العظيمة
 والحركات العضلية الشاقة وشرب المياه بكمية عظيمة اذ بذلك تسرع حركة
 التبادل العنصرى كما ان من الجسد الامتناع من المشروبات الروحية
 والشاى والقهوة ونحوها من الجواهر التى تبطل في حركة التبادل والتحال
 العنصرى ومن الجيد أيضاً هؤلاء الاشخاص استعمال المسهلات المحببة
 سيما الاستعمال اللطيف المسقر للمخ جالوبير ولم الطعام كما هو الجارى في
 الحمامات المعدنية في حمام ماريباد وكينجمن همبورغ و صودن ونحوها
 واما استعمال مياه كارسباد في هذه الحالة فيستدعى احتراसा عظيم بسبب
 ارتفاع درجة حرارته ثم اذا ثبت ان الدم بهذه المعالجة يزيد احتوائه على
 الاملاح و يقل احتوائه على المواد الزلالية كما قاله سميد و فوجل يكون
 نجاح هذه المعالجة في احوال الامتلاء الدموى معقولا واضحا
 واما دلالات معالجة المرض نفسه في الاحوال التى يقع ايحصل ل زمانا فزمننا
 مكابدات حقيقة فقط تزول بعد زمن يسير عقب استقران دموية ذاتية
 لا يضطر لاستعمال وسائط مخصوصة بل يجتهد في انعام دلالات المعالجة
 السببية فقط

واما الاحوال التى تكاد يفيم المرضى من الحركة الباسورية مشاق عظيمة
 لا تزول ولو بعد مقاومة الامساك الذى كان موجودا فينبغى فيها ارسال قدر

اربع علقات اوستة على الاست وان يؤمر المريض لاجل اسقرار اسيلان
 الدم من قنحات العلق بالجلوس على كرمى مشقوباً فانه يملأ بالماء الساخن
 وهذه الطريقة يجوز استعمالها في الاحوال التي فيها امتلاء البواسير
 وتوراثها توراناً عظيماً يحدثان آلاماً شديدة عند المريض او التي فيها تضاعف
 البواسير المخاطية بزخم مؤلم ولا يجوز الاجتماع في قطع التزيف الخفيف
 خصوصاً اذا حصل عنه قلع طيف في المشاق الموجودة عند المريض فلا يلجأ
 للتبريد ولا الجواهر الموقفة للتزيف الا اذا كان الفقد الدموي عظيماً جداً
 فينبغي الانجاء الى قطع التزيف بواسطة الروادع الباردة او الجواهر الموقفة
 للتزيف واما البواسير المندفعة الى الخارج والمختنقة فينبغي ادخالها بواسطة
 ضغط خفيف مسخراً بالاصبع بعد تغليقه بخرقة مدهونة بالزيت ملاً وأن
 يؤمر المريض بتباعد القنذرين عن بعضهم وتساكن نفسه حال اعتماده
 الجزء العلوي من الجسم على السرير وتغطي الاورام بالياسورية الملمسة
 برقائق مغموسة في الماء البارد أو كمادات ماء الرصاص وحيث لم يكن هذا
 الكتاب معداً للعمليات الجراحية فلا تعرض لذكرها والراي عندى في
 البواسير أن لا تتبع العادة المتفق عليها من التسكيم على الوسائط الموصى بها
 لاجل اوجاع السائل الباسورى المتهين ومن سعد المريض ان الوسائط التي
 تستعمل للحصول على هذه الغاية كارسال العلق الدورى والجسمات
 الجلوسية القاترة ووضع الشياف المهيج واستعمال الادوية المسهلة بالرجعة
 للبواسير لا ينتج عنها حدوث البواسير لكن لا بأس بارسال العلق الدورى فانه
 أحسن الوسائط للحصول على النتيجة المطلوبة

(المبحث الثامن)

(في الآلام العصبية للأمى المعروف بالمغص المعوى)

(كيفية الظهور والاسباب)

الآلام العصبية المعوية وهي التي يعنى بها المغص الحقيقي ومجسها الضفيرة
 المسارية ليست كثيرة الحصول ومن الجائز ان تنشأ أحياناً عن تغيرات
 مرضية في العقد والصفائر السجائوية كغيرها من الآلام العصبية لكن لم
 يثبت ذلك الى الآن وحصول هذه الآلام العصبية المسارية بكثرة عند

المصاب بالاسهال لا يستبرأ بل على انها حاصلة بطريق الانعكاس والمفص الرصاصي
 اى الزحلى مما ثبت أكيدا ان هذه الالام العصبية تحصل كذلك بالتسمم
 لكن في هذا الاخير يظهر ان الالام ليست بسيطة اى فاصدة على اعصاب
 الحس اى على نوران الاحساس بل مجلس المرض العصبى ايضا الاعصاب
 المتحركة فان المعى المتالم يكون في حالة انقباض تشنجى والرصاص الذى
 بدخوله فى الجسم فشا عنه المفص الزحلى الذى هو من جملة ظواهر التسمم
 الزحلى اما ان يكون استنشاقا بالنفس وهو متجزئ تجزئاعظيما واما ان يقتص
 فى المعى او يدخل فى تيار الدورة بواسطة الغشاء المخاطى اللينى ولذا يوجد هذا
 المرض عند شغالى الاسقيديج او الرصاص او الفضة وعند النقاشين
 وصفاى الملونات ودهانى الخمار وسباكى حروف الرصاص والطبايعين ونحو
 ذلك من ارباب الصنائع الذين يستغلون فى جوتهم بل يمزيت رصاصية
 واما حصول المفص الزحلى عقب الافراط من استعمال الاستحضارات
 الرصاصية على شكل الادوية او غش الابدنة بها ونحو ذلك فهو الاثر اندر
 من السكينة السابقة لكن الذى يظهر ان المفص المهول الذى يشاهد فى
 دو قنشير ومغص بواتو وغير ذلك من انواع المفص الوباى او الوطنى المشابهة
 بالكلية للزحلى فى ظواهرها كانت نائمة عن تسمم الاهالى بالمسروبات
 المحتوية على الرصاص لاعتى جواهر نباتية وقد يحصل المفص الزحلى بندرة
 عند من يتعاطون النشوق الموضوع فى علب من ورق الرصاص والاستعداد
 للاصابة بالمفص الزحلى يختلف كثيرا لىعرف من الاسباب المهية
 للاصابة به الا ابل العظم للتسكسات الذى يبق عند الشخص بعد الشفا من
 هذا المفص واما بقية الاسباب المهية التى يقال انها تزيد فى استعداد
 الاصابة به كالانكباب على النهوات والافراط من المشروبات الروحية فلا
 حاجة لذكرها هنا حيث انها تذكر فى جميع الاحوال التى لا تعرف حقيقة
 اسبابها ويعنى بالمفص مطلقا زيادة عن الالام العصبية للضعفة المسارية
 جميع اصابات المعى المؤلمة التى لا تشا عن التهاب جدرها وتفسيرات اخرى
 مادية فيها فلذا استدكر المفص الذى يحصل من جملة ظواهر الديدان المعوية
 كما ذكرنا من الاعراض السابقة للالتهاب الا عورى البوازى واعراض

تضابق المني أو انسداده وهناك فرقنا بين الآلام التي تسبق الالتهاب والآلام التي تعقبه وتكون متعلقة به ونفس الاسباب التي تحدث من تمغصا قد تحدث مرة أخرى التهابا قولونيا ولا يتضح توجيه كيفية ضرورة الالتهاب الحساسة في هذا النوع من المغص في حالة تهيج زائد لكن لنا ان نقول ان الآلام هنا تليج دائما عن التهيج الذي يصيب الانتهات الهوائية للاعصاب المعوية حيث ان الاشكال المذكورة للمغص مخافة الكلية للآلام العصبية الحقيقية. فمن المني والسبب المحدث للمغص بكثرة هو بلا شك شدة التقدم لمرور معوية وشدة توتر جدار المني الناتجة عن دخول خصوص عندها بالغازات المعوية المحتبسة في جرح محدود من المني فهي التي تحدث تمددا مؤلما في هذا الجرح كثيرا ما يدرك بسهولة ان الغازات المحتبسة في المني تدفع بالانقباضات العضلية نحو عمود برازي او عائق آخر في المني يمنع سير تلك الغازات وعند وصولها الى هذا العائق تحدث آلاما شديدة جدا وكثيرا ما يدرك في أحوال أخرى ان الغازات المتراكمة تصدع من محلها الى محل آخر بواسطة الانقباضات المعوية وانها باتصالها من محل الى آخر تغير محل الألم أيضا ومن الخطا نسبة الآلام في هذا الشكل من المغص الغازي الى تأثير مهيج للغازات المعوية في الغشاء المخاطي المعوي كما ان من الخطا نسبتها الى الضغط الذي تحدثه الانقباضات العضلية للمني على القريعات العصبية وحيث ان فساد متحصل للمني والمحلالة هو السبب الغالب لتجمع الغازات في المني يتضح ان الامراض التي فيها يكاد متحصل للمني انجح الا غير طبيعي تصطبغ في الغالب باعراض المغص الغازي خصوصا في النزلة المعوية الناشئة عن وصول مطعومات غير منهضة آيلة للفساد من المعدة الى المني والناشئة أيضا عن احتباس المواد الثقيلة زمن اطويلا وحيث ان وصول اللبن بهذه المثابة كثير في الاطفال يكون المغص الطفلي مرضا كثيرا الحصول جدا عندهم ثم اذا انقذت الجواهر الاخذة في الفساد من المني قبل اصابته بالنزلة المعوية يكون المغص هو العلامة الوحيدة للفساد غير الطبيعي في المني وبكيفية مماثلة لما يحصل به المغص الغازي من تجمع الغازات في المني يحصل أيضا المغص البرازي عند تمدد المني بالمواد البرازية والمغص

الديداني من تعدد المحي بواسطة الديدان الشرطية المتلفة على نفسها او بواسطة حرم من الديدان الاسطوانية المتلفة كذلك والالام البطنية الناشئة عن استعمال مسهلات شديدة او مطه ومات مضرة ببعضها أيضا بالمقص لكن التغييرات التي يكادها افراز الغشاء المخاطي المعوي عقب استعمال هذه الوسائط او عقب تعاطي الثمار العجبة أو نحوها من الجواهر تدل على انه يحصل في مثل هذه الاحوال التهابات خفيفة قصيرة المدة تزول بزوال تلك الاسباب المضرة ويمكن تشبيه هذه الالام بالتي تنجم عن وضع لينة خردلية على الجلد وتزول عقب رفع الخردل ويظهر ان بعض أشكال المقص الديداني من هذا القبيل أيضا سيما المقص الذي فيه تعقب الالام بخروج مواد مخاطية وفي المقص الشديد جدا المسقر الذي يعقب تأثير البرد في الجلد لاسيما في الاطراف والبطن السفلي يظهر ان الطبقة العضلية للمعي تصاب بكيفية مماثلة لاصابة عضلات أخرى في الآفات الروماتيزمية بحيث يصح ان يطلق عليه اسم المقص الروماتيزمي

• (الاعراض والسير) •

قد شرح المعلم (روميرغ) الالم العصبي المساريقي بمحصل الالام تنشتر من السرة الى البطن السفلي ذات نوب تتعاقب بفترات من الراحة وهذه الالام تكون اما مزمنة او قاطعة او ضاغطة والاكثر ان تكون ابتداء لاولية او قارصة ومعصوبة باحساس مؤلم ويكون المريض في قلق عظيم باحساسه تلطيف حالته بتغيير اوضاعه والضغط على البطن ويكون كل من الايدي والاقدام والخصدين مضمض الحرارة والوجه متقطبا واتقباض كل من الحاجبين والشفتين يدل على الالم ويكون النبض صغيرا جدا وبطن البطن المنتفخة او المنقبضة تكون متوترة وكثيرا ما يوجد غثيان وفي وقت عصري التبول واحيانا زحير والغالب ان يوجد عادة امساك وفي التلادر يكون التبرز طبيعيا ومتزايدا ومدة النوبة تتقدم دقائق الى ساعات عديدة مع فترات امتداد خلة ثم تزول هذه النوبة وتنقطع بالكلية ويصطبغ ذلك باحساس براحة عظيمة وسير هذا المرض دورى لكنه أقل انتظاما من غيره من الامراض العصبية

وابتداء اعراض المغص الرصاصي يكاد على الدوام يسبق بطواهر
 الديسكرازي الرصاصية فيكون المريض ذا مخافة وضغف وجلده سنجانيا
 ترابيا أزرق اللون باهته وتكسب لثاته لونا كاليا من رقاقته تكون رائحة
 نفسه كريهة ويوجد في فم طم حار معدني ثم تظهر عنده آلام دورية تكون
 في الابتداء أصمما ثم تشع من القسم النراسيني الى الظهر والاطراف ثم
 تشتد بسرعة بحيث يصبح المريض ويصرخ مدة النوبة ويقل في فراشه
 أو يتركه في حالة ألام ويفعل امورا خارقة للعادة من شدة تلك الآلام
 ويكون النبض بطيا جدا والصوت فاقد ارناته وكثيرا ما ينضم لذلك زحير
 بولي وغثيان وفي ذلك يدل على ان التهيج المرضي للأعصاب العوية امتد
 الى اعصاب أخرى ويكاد يوجد على الدوام امساك مستعص بحيث يمكث
 المريض من ثمانية ايام الى أربعة عشر بدون ان يخرج منه المواد الثقيلة
 الصلبة الكرية القليلة الكمية ولومع استعمال المسهلات الشديدة وجدر
 البطن تكون منه قبضة انقباضا عظيما بحيث يظهر البطن صلبا كأنه لوح من
 خشب ومنقبضا نحو الباطن وسير هذا المرض يظهر طرزا متريدا واضحا
 الا في النادر بحيث تتعاقب النوب الشديدة بفترات راحة وتختلف مدته
 كثيرا فالنوبة الاولى من المغص الرصاصي تزول بالمعالجة اللاتقة في يسير من
 الايام او اسابيع قليلة وبعد تكرر المكسات يمكن اسقرار المرض عدة اشهر
 وان حصل الشفاء يكون حصوله اما تدريجيا او فجائيا فتزول الآلام وتحصل
 استقرارا غير اذية غزيرة وتعود القوى بسرعة كذلك وكثيرا ما يكون
 الشفاء غير تام فيبقى بعد زوال المغص الرصاصي ظواهر التسمم الرصاصي
 المزمن ويتردد جدا انتهاء هذا المرض بالموت وان حصل في هذه الحالة انما
 يكون من مضاعفاته

ثم ان شرح اعراض الالم العصبي المساريقي يوافق شرح المغص مطلقا وقد
 اجدنا له سلم (هينول) حيث شبه على ان صفة الالم واحس قسواء كان التهيج
 مصيبا للانتهى آن الدائرية للعصب حسي او صديا لثا العصب في منشئه
 اوسيره ويمكن ان تصل شدة الالم في المغص الغازي وشبههم من أنواع المغص
 الى درجة عظيمة جدا وحيث تظهر المكابدات الثقيلة على صحة المريض

المتغيرة جدا فيكون قريبا من حالة الوقوع في الانغماس ويكون الجسم مغطى
بعرق بارد والوجه باهتا متغيرا والبض صغيرا وقد ينضم لذلك غثيان وفي
وزحير بولي وغيره من الظواهر العصبية وينبغي للطبيب معرفة مجموع هذه
الاعراض حتى لا يقع في الوهم بدون مقتض وكثيرا ما يسمع ويحس باليد في
بطن المريض بانطلاق الغازات من محل احتباسها الى آخر من المعى وهذا مهم
اذ يحصله كثيرا ما تزول الالام دفعة واحدة وقد لا تحصل الراحة الا بعد
التبرز بحيث ان المواد الثقيلة التي كانت ممددة للمعى والغازات التي كانت
محبسة خلفها تنفذ الى الخارج

• (المعالجة) •

قد تستدعي المعالجة السببية في الشكل العصبي من المفضل معالجة مرض
الرحم الذي احدث هذا الالم العصبي وقد اجمعت عندنا وجود المفضل الزحلي
طبة المائسة تدعيه المعالجة السببية في تعادل الرصاص الموجود في الجسم
بواسطة جواهر كيميائية وترسيبية وللوصول على هذه الغاية قد اعطى جنس
الكبريتيك او الاملاح الكبريتاتية سيما الشب والمخ المر وهذه الطريقة
كغيرها من الطرق وان لم تكن كافية في زوال التسمم الزهري المتقدم لا بد
من استعمالها لاجل تجنب التسمم الرصاصي وللوصول على ذلك ينبغي تجنب
ادخال الرصاص في عمل الاواني والمواسير المدة لحفظ السوائل ولتوصيل
المياه الى محال بعيدة وينبغي ان يشغل في القاعات ذات الهواء المختلط
بجزئيات رصاصية قد شغنته الاستحمام والغسل المتكرر كما ينبغي تغيير
الملابس وعدم الاكل في محل الشغل وينبغي ان تكون محال الشغل متجددة
الهواء ويلزم ابدال الاسجوداج المستعمل في بوبة دهن الابواب والشبابيك
برناج الخارصين وعلى الحكومة منع وضع النقش في صفايح من رصاص
وينبغي في المفضل الناتج عن كمية عظيمة من المواد الثقيلة في المعى استعمال
المسهلات سيما اللطيفة التي لا يتسبب عنها آلام في البطن واجود الوسايط
والطهارة استعمال زيت تلروع والحقن المليئة والمفضل الناتج عن برد
البطن والاطراف تستدعي المعالجة السببية فيه استعمال المعرقات واحسن
ما يوصى به في مثل هذه الحالة المناقيع العطرية القاترة ووضع زجاج او حجارة

مسحنة على البطن

واما معالجة المرض نفسه فتستدعي في جميع اشكال المغص المذكور في
هذا البحث استعمال المخدرات سيما الافيون وتأثيره في شل كل الالم العصبي
من المغص بوجه مخصوصية تخديره وفي المغص البرازي والغازي بتخديره مع
تأثير آخر وذلك ان الانقباضات العضلية للمعى التي بها تندفع الغازات
والمواد النغلية الى بعض اصفار المعى او تنحبس فيها تزول باستعمال الافيون
وبذلك يتيسر توزيع المحتصل المعوي على جملة اجزاء المعى ومن الممدوح
بكثرة في المغص الغازي والبرازي استعمال المنقوعات القاترة كزهر البابونج
والنعناع القافلي والوالريانا اما شراب فنيما او حقنا ومثل المنقوعات
المذكورة الجوهر الطاردة للغازات ومن الممدوح ايضا ذلك البطن زمنا
طويلا بالزيت الساخن والافيون اقوى الجوهر تأثيرا في المغص الزحلي
حتى ان الاطباء الايومايين يستعملونه بمقدار عظيم ولا يخشى منه زيادة
الامساك فانه لا يوجد جوهر اقوى منه في ازالة الامساك المصاحب للمغص
الزحلي ومن هذا التأثير يظهر انه يوجد مع الامساك الزحلي زيادة عن ثوران
الاحساس انقباض تشنجي في المعى هو السبب في حصول الامساك ومع
كون الافيون اقوى الجوهر في ازالة الامساك في المغص الزحلي واجود
تأثيرا من المسهلات لا ينبغي اهمال استعمال المسهلات وكما المسملات
الشديدة استعمالا في هذا المغص زيت حب الملوكة والاعشاب ان يحصل
على المطلوب باستعمال الافيون ثلاث مرات في النهار من نصف قفحة الى قفحة
مع تعاطي مل ملحقة كل ساعتين من مخلوط مر كب من ثلاث نقط من زيت
حب الملوكة واوقيتين من زيت الخروع ويقوى تأثير هذه المعالجة
بالحمامات الفاترة والضمادات المسكنة وضعا على البطن واستعمال الحقن
المليئة والمخدرات مع التعاقب ويوجد خلاف هذه الطريقة المستعملة
في معالجة المغص الزحلي وتنوعاتها كاستعمال مسهلات أخرى سيما الملح المر
والسنا والزئبق الحلو واستعمال الافيون بمقدار عظيم طرق عديدة في معالجة
هذا المرض اظهرها الطريقة الغسوبة الى مارستان الشاريتية (اي
الصادقة) واطاها ان المنفعة العظمى في هذه الطرق الافيون والمسهلات

• (الفصل التاسع) •

(في الديدان المعوية)

الديدان التي تشاهد بكثرة في موى الانسان هي الدودة الشريطية الوحيدة المعروفة بدودة حب القرع والدودة الشريطية ذات القناة المركزة والشريطية العريضة العقل والديدان الاسطوانية وانطراطينية والدقيقة الذئب والشعرية الرأس

اما الدودة الوحيدة او ذات العقل المستطيلة قطولها من عشر تاقدام الى عشرين ولونها أبيض مصفر مستدقة ومعدة نيرة من طرفها المقدم ومفرطة مستعرضة من الجهة الخلفية ويمزلهأرأس وعنق وجسم مركب من عقل كثيرة تنيف عن مئات فالرأس يكون من اتفاخ ذي شكل مربع مقطوع الزوايا ويشتمل على خرطوم هري الشكل قليل البروز يحاط بصفيق من كلايب وبالبعد عن ذلك يحاط أيضا بأربع قوهات ماصة مستديرة منتظمة الوضع والعنق التالي للرأس ضيق جدا وطوله نصف قيراط تقريبا ولبسه العقل الحديثة التي عرضها ربع خط تقريبا واما القديمة فعرضها يصل الى نصف قيراط ودين يدو العقل الختلفة الشبه شكلها بحب القرع ذات القمة المنقطعة يختلف شكلها بحسب سننها فال حديثة يمر بوسطها قامة مركزية لونها اصفر مسعرو ذات جيوب جانبية وهي الاثار الاولى للاعضاء التناسلية واما القديمة فيرى على جانبها تارة في الجهة اليمنى وتارة في اليسرى بدون تعاقب منتظم ارتفاع قليل يخرج منه قضيب ذو شكل متشعر شروفيه تنفتح في القناة المثوية والبوق وباطن العقل القديمة يكون جميعه مملوا تقريبا برحم او مبيض ذي تفرعات متشعبة وفي القديمة جدا يوجد العضو الاخير مقلتا به ض يستدل به كثيرا على ما في باطنه من الجراثيم مع كلاليتها الست ويخرج من حلقة وعائية كائنة في باطن الرأس اوعية تسيير على جانبي العقل وتنقسم بعضها بقنوات مستعرضة تبعها بعض المشاهدات ولم يشاهد الى الآن في الدودة الوحيدة المذكورة اعضاء غير ما ذكر

ثم ان مجلس هذه الدودة الممي الدقيق وقد يصل الى المي الغليظ والغالب انفرادها في الشخص وسندوتعددها (ولذلك سميت بالوحيدة) وهذه الدودة

تشاهد في أوروبا وامريقة وآسيا وأفريقية ومن الغرب عدم وجودها في
المحال التي لا توجد فيها الدودة العريضة العقل ماعدا بلاد السويد
واما الدودة ذات القناة المركزية فانها لم تتميز عن الوحيدة الا منذ عهد قريب
والواقع ان لعقلها امشاجة تامة بعقل الدودة الوحيدة كما ان لها مثلها فوهات
تناسلية جانبية الا ان عقلها اعرض وانحن وكذا جهازها التناسلي انحن
وأكثر تفرعا عما في عقل الدودة الوحيدة وأوضع فرقي بينهما هو اختلاف
شكل الرأس فان رأس الدودة التي نحن بصدد هاستول لعدم احتوائه
على الخرطوم وتاج الكلايب وفيه اربع فوهات ماصّة ونذرة لمجاذ طرد
رأس هذه الدودة وانقذافه هو السبب في بقاء انبها ما زناطويلا والسبب
ايضا في اعتبار العقل ذات الفوهات الجانبية التناسلية دودة وحيدة والعقل
التي في وسطها الفوهات التناسلية دودة ذات عقل عريضة بدون خص
وتدقيق

(تنبيه) لا مانع من تسمية هذه الدودة بذات الرأس المستوى
واما الدودة العريضة العقل فهي وان كانت شبيهة بالوحيدة الا انها تتميز عنها
بامور منها انه يشاهد في رأسها بل الخرطوم وصفي الكلايب والمواص
حفرتان جابتان على هيئة شقين ومنها ان عنقها قليل الظهور جدا ومنها ان
عرض العقلة ثلاثة امثال طولها واوضع فارقي في تميز كل عقلة دودة شريطية
عما عداها من عقل غير مجلس الفوهات التناسلية فانها في الشريطية
العريضة العقل تكون وسط العقلة لا في جانبها بحيث يعرف لها ظهر من
بطن ومجلس هذه الدودة الشريطية العريضة العقل المعى الدقيق ايضا وتوجد
في شرقي أوروبا الى حدشواطى نهر الوستيل وزيادة عن ذلك توجد في بلاد
السويد كما تقدم مع الوحيدة

واما الاسطوانية فشكلها اسطوانى متدق الطرفين وطولها من نصف قدم
الى قدم وعرضها من خطين الى ثلاثة وجسمها اشفاف جدا بحيث تشاهد منه
القناة المعوية الممتدة من أحد الطرفين الى الآخر وكذا اعضاء التناسل
والرأس منعزل عن الجوزع بميزاب حلق وتشاهد فيه ثلاث حلقات صغيرة بينها
يكون القم وفي هذه الدودة تميز اعضاء التناسل فيوجد في باطن الاتى عبيض

وبوتان عظيمان جدا في باطن الذكرا الذي هو اصغر حجمهما من الاثني نحو طرفه
الذي المقوس الخصبين والقناة الناقلة للمني المتعرجة وفي طرفه الذي
يوجد القضيب شعريا ومنه دو جاريو جدي في الثلث العلوي من الاثني شق
طوله من ستة خطوط الى ثمانية هو قوه اعضاء التناسل ويجلس هذه الدودة
الاسطوانية المني الدقيق والغليظ ومنه تسبح الى بعيد بحيث يمكنها الوصول الى
المعدة والمريء بل والحجيرة وقد تسبح ايضا من الاثني عشرى الى القناة
الصغراوية وادعاء انها تنقب المني يظهر انه غير صحيح الا ان المني متى كان
متنقبا ياتي من جن من الامراض أمكن نفوذ هذه الدودة منه الى البطن
واما الدودة المستدقة الذئب وتعرف بالقافزة فهي صغيرة في حجم الخيط والذكر
منها نادر الوجود وطوله من خط الى خط ونصف ملتف على نفسه لفا حلزونيا
من طرفه الخلفي وحجم الاثني اعظم وجسمها مستقيم او منحن قليلا ورأسها
يكون منتفعا عقديا بسبب وجود بروزات جانبية والقضيب يخرج من
الطرف الخلفي من الذكر والقصة التناسلية للاثني قريبة من الرأس ويجلس
هذه الدودة الرئيم الجزء السفلي من المني خصوصا المستقيم ومع ذلك قد تسبح
بعيدا عنه حتى تصل الى الجزء السفلي من القاثي وكثيرا ما تسبح من المستقيم
الى المهبل

واما الدودة الشعرية الرأس فتطولها من خط ونصف الى خطين والجزء الخلفي
من جسمها اغلظ من المقدم الذي يكون خيطيا والجزء الخلفي من ذكرها
الذي هو اصغر حجمهما من الاثني الملتف حلزونيا يشاهد في انهاء القضيب
المنصفي على هيئة كلاب والمخاط بغمدانيوبي والاثني اغلظ من الذكرا ذات
جسم مستقيم تمتلي بالبيض في جزئه الخلفي وهذه الدودة يجلسها المني القليل
سيما الاور

• (تكون الديدان المعوية واسبابها) •

الآراء التي كانت جارية على ان تولد الديدان المعوية ذاتي ونسب ذلك لتراكم
المواد الفاسدة المعوية وتنوع مخصوص فمما رفضت الان بالكلية فان
الحوانات الطفيلية التي تعيش في القناة المعوية تتولد عن بيض ولا تصل الى
القناة المعوية الا على حالة بيض او وهو من ادوار تكونها الابتدائية واپس

عندنا دليل أكيد الاعلى كيفية تولد الدودة الوحيدة وذات الرأس المستوى
وهو ان العقل الاخير من هذه الدودة المملوءة ببيض تام التكوين تنفصل
زمنافزنا وتنقذف الى الخارج وجرثومة هذا البيض الخارجة منه ينبغي
لاجل تمام نموها ان تفصل الى جسم حيوان آخر ففى ازدرداها حيوان جسمه
صالح لنموها تثبت جدار قناته المعوية واثبتت في صفر من جواهر جسمه حتى
تخرج من تحتها لائق بنموها وهناك تنفصل عنها كلاليتها الصغيرة ثم يخرج من
جدارها عنق ورأس ويسمى ماذكر حنفذ بالقفس وهو شبه بالكلية بالدودة
الوحيدة وفى الابتداء يكون القفس منحصرا في تجويف الجرثومة ثم يخرج
ويصير سابجا وجسم الجرثومة المنقح ينضم على هيئة حويصلة ذئبية ثم عند
وصول القفس الى هذه الدرجة من النضج يكون عنه ما يسمى بالديدان
الحويصلة التي تشاهد غالبا في الخنزير فهي عبارة عن قفس الدودة الوحيدة
ليس الاثني وصلت هذه الدودة الحويصلة الى معى الانسان تشبثت فقسما
يجدر القناة المعوية وتخلص من حويصلته الذئبية ويكتسب الشكل
العقلي فيصير دودة وحيدة

وبهذه المثابة تتولد الدودة الشريطية ذات الرأس المستوى متى وصلت
جرثومتها التي تكون على هيئة دودة حويصلية في معى الانسان واماتكون
جرثومة الدودة الشريطية العريضة العقل فقير معلوم ولا كيفية
تولد قفسها وكذا تكون الاسطوانية الابتدائي والدقيقة الذنب والشعرية
الرأس لكن من المتيقن ان هذه الديدان لا تتكون في محالها من دودة صغيرة
خارجة من بيض دودة فى القناة المعوية وحيث ينبغي القول بايمان فقسما من
الخارج ودخولها في الجسم مع الاغذية ثم ان اسباب الديدان المعوية تنوعت
تنوعا عظيما واشهرت بحسب الاستكشافات الجديدة ومعظم الاسباب
التي قبيل بها سابقا ثبت الآن انها ليست مبنية على أساس صحيح والذي
يظهر الآن انه لا يلزم ان يكون الغشاء المخاطي مجلسا لنوعات مخصوصة فيه
او لنوع مخصوص في متحصله حتى ينبغي على ذلك تكون الديدان المعوية
فى القناة المعوية ونموها فيها وفى كثير من الاحوال يمكن معرفة الاسباب
التي بها تكونت الديدان الوحيدة في المعى فقد وجد العلم (كشمبستر)

ديداً واحدة صغيرة سديثة في باطن امعاء شخص محكوم عليه بالقتل وكان
قد اعطاه ديداناً حويصلية يزودها قبل الموت بقليل من الايام ووجود نقص
الديدان الواحدة في لحم الخنزير أكثر منه في جميع السوم التي يتعاطاها
الانسان وأقل من ذلك وجوده في لحم الشبريل (وهو نوع من الغزلان)
واذ برصه في لحم البقر ووجود الديدان الشريطية بأواعها في المسلمين
واليهود نادراً جداً لعدم تعاطيهم لحوم الخنزير وفي بلاد الحبشة التي فيها جميع
الاشخاص تقرر بامساكهم بالديدان الشريطية لا توجد هذه الديدان مطلقاً
في القسوس الشرطريون الذين يتغذون بالاسماك فقط كما ان الديدان
الشريطية كثيرة الوجود جداً في البلاد التي يكثر فيها تربية الخنازير وقليلته
في ضدها ثم ان الديدان الحويصلية لا تقاوم تأثير طبخ اللحم ولا شيه ولا تحقيفه
بالتدخين فتعاطى السوم المتحملة بجرثومة هذه الحيوانات ويضها لا ينج عنه
تكون الديدان الشريطية مادامت هذه السوم تؤكل مطبوخة أو شواء
او مجففة بالتسخين وفي عكس ذلك ينعكس الحكم يعني يكثر وجودها فيمن
يتعاطاها نيئة ولو بذوقها اختبارها وكذا الذين يضعون السكاكين
الملاسة السوم المتحملة بجرثومة تلك الديدان الحويصلية في أفواههم
كأصحاب اللوكندات والطباخين والجزارين وهؤلاء الاخيرة يمكن ان
يساعدوا انتشار هذه الديدان بقطعهم بسكين ملوثة بجرثومتها السجق او لحم
الخنزير ولا يسرعون في طبخه بعد شرائه

وكثيراً ما ينج عن العادة الجارية الآن باعطاء الاطفال المنوكين لحماياً
ميشوراً جداً تكون ديدان واحدة او ذات الرأس المستوى

والقول بان تعاطى السوم الجراء التي فيها التريشين الحار وفي ينج عنه تكون
الديدان الشعرية الرأس قد رفض الآن ومشااهدة الديدان الاسطوانية ذات
الذنب الدقيق الكثيرة فيمن يتغذى بالمواد القشوية يمكن توجيهها بما استكشفه
المعلم (استين) من وجود ديدان طفيلية في باطن بعض خناصس الدقيق في
الجنزان يكون وصول نقص هذه الديدان أو بعضها الى المعى بتعاطى الدقيق
الآيل للفساد

(الامراض والسير)

الطواهر التي تنج عن الديدان المعوية تختلف ~~كثيرا~~ بحسب الاشخاص
 المصابين ففي أحوال ~~كثيرة~~ قد لا يعرف وجود هذه الحيوانات الطفيلية
 الا عند انقذافها او قطع منها مع المواد البرازية وذلك بالخصوص يقال بالنسبة
 للديدان الشريطية فلذا يشاهد كثير من المصابين بالدودة الشريطية
 الوحيدة أو بذات العقل العريضة مقتعين بصحة جيدة ولا يشعرون بمغص
 ولا بظواهر انعكاسية ولا يلتفتون لمرضهم الا عند خروج بعض قطع عقلية
 زمنافز منا وكثيرا ما يعذروا على الطبيب معرفة هذه القطع اذا أتى به المريض
 للطبيب ملفوفة في الورق جافة لينظرها وفي أحوال أخرى تشتكي المرضى
 بمغص شديد زمنافز منا ويحس في أثناءه بجسم متحرك (لكن لا يحدث
 عندهم هذا الاحساس الا عند معرفتهم بوجود الديدان في بطونهم)
 فيشاهد أن المريض يتأوى ويسند بطنه على جسم صلب ويرجأ حصول عنده
 غثيان أو قيء ومع ذلك يحصل في أقرار الألعاب ازدياد عظيم بحيث يسيل من
 الفم ثم إن الطواهر التي شرحناها قد اشتهر عند العامة بأعلامات أكيدة
 على وجود الديدان خصوصا ان ظهرت عقب تعاطي الفسيخ أو البصل
 أو القليل أو الثمار ذوات النوى في وجودها يستيقظ الطبيب لوجود تلك
 الديدان امكن لا يجزم الا عند انقذاف محفل من الدود من ذاته أو بتعاطي
 مسهل أو جوف طارده وفي غير ذلك من الأحوال قد لا يتصل الجسم بوجود
 الديدان فيصل الاسهال زمنافز منا سيما عقب تعاطي الاغذية المملحة والمتبلة
 بالافاويه فيصير المريض متغير اللون فاقد القواء ويضع خصوصا ذوى التحافة
 من قبل والأطفال والبنات وبالجملة فالهيج الذي تحدثه الدودة الشريطية في
 اعصاب الغشاء المخاطي المعوي قد يجتد بجرمة الانعكاس الى اخيطة عصبية
 أخرى ~~لكن~~ قد يولع في كثرة العوارض العصبية التي تنشأ من هذه الكيفية
 بما لا حصر فيها ما أدت للنظام المتعدد وكثيرا ما يفسد للديدان الاسطوانية
 المدغدة في الأنف فليحظ بعض الأشخاص لذلك في الحياشيم وقد دلت الحديقة
 والحول واصطكاك الاسنان ونحو ذلك من الطواهر العصبية القليلة الشدة
 واما الديدان الشريطية فينسب عنها أعراض عصبية ~~كثيرة~~ الشدة
 والامتداد كالصرع والرقص والسجى وعند حصول الصرع بدون سبب

ظاهر يمكن ان يتوهم انه ناتج عن التهيج الواقع على الغشاء المخاطي من وجود
 الديدان فيعترض من الوقوع في الخطأ بوجود حلقات من الديدان الشريطية
 في المواد البرازية لشخص مصروع بحيث يظن ان الصرع عنده مرتبط
 ارتباطا كاملا بوجود هذه الديدان وانه يزول بزواله فان الاحوال التي يمكن
 فيها حصول ذلك اندر ما يكون بحيث لا تذكر بالكلية بالنسبة للاحوال التي
 فيها يستمر الصرع بعد انقضاء الديدان الشريطية
 واما الديدان الاسطوانية فلا يفتح عن وجودها في المعى عرض ما فانه مع كثرة
 انتشار هذه الحيوانات الطفيلية لو كان ينتج عنها تهيج شديد في الغشاء المخاطي
 المعوي وعوق في التغذية لما وجدت اطفال بكثرة من المصابين بها ممتنعين
 بصحة جيدة ومتى كانت هذه الديدان في المعى بكمية عظيمة جدا أمكن التفافها
 على بعضها وتكوين التجمعات تسد المعى فتحدث عوارض مغص شديدة
 حادا كالنفاشة عن تجمع المواد النشلية بل ان لم يكن انزعج الها عن بعضها
 او انقذافها بسد من المسلات أمكن ان ينتج عنها اعراض المغص الممول
 المعروف بالقولنج وأن ينتج عن حركات القوية مغص شبيه بالذي ينتج عن
 الديدان الشريطية وأسباب هذه الحركات غير معلومة لنا وظن المعلم
 (كشمستر) أن الديدان الاسطوانية مدة علقوها تتحرك حركة قوية اشبه
 شي بالهزل والاستدلال بالهيئة الباهمة الضعيفة ووجود الاضطرابات
 الومعية المذكورة على وجود الديدان الاسطوانية في امعاء الاطفال اشهر
 خطأ من الاستدلال بوجود مثل هذه الاعراض على وجود الديدان في امعاء
 البالغين ومن الاطباء من يعتقدون انه عرف حقيقة المرض بخروج بعض
 هذه الديدان الاسطوانية بالتبرأ والتي من مثل هؤلاء الاطفال فلا يهتم
 بالبحث الجيد ثم تظهر له حقيقة الحال فيجزم بان الديدان لم تكن هي السبب في
 المرض بل ان الاطفال مصابة بمتسقا دماغيا او مرض آخر من الامراض
 العقلية وتظن بذلك يقال في المعى المعروفة بالمعوى الديدانية فانه وان جاز ان
 الديدان الاسطوانية ينشأ عنها احيانا نازلة معوية وظواهر حرجية خفيفة لكن
 الغالب ان الديدان الخارجة ليس لها ارتباطا بالمعوى المتسوية لها واذا
 وصلت الديدان الاسطوانية الى المعدة ينتج عنها احيانا ملل وضجر عظيم وقيء

بحيث لا تكون للمرضى قدرة على وصف أحوالهم والاحساس القائم بهم فيقع
الطبيب في حيرة الا ان تتكشف الديدان بالقيء ويتضح الحال وقد لا ينشأ عن
صعود الديدان الى المعدة والمرى الاعراض واهية جدا حتى ان الديدان
تخرج من الفم مدة النوم بدون استيقاظ المريض وقد تصل هذه الديدان الى
الحنجرة في أثناء سبجها وحينئذ يحصل للمريض تضيق تنفسي في المزمارة قد
شوه موت بهض الاطفال من هذا العارض النادر الحصول واذا دخلت
الديدان في القناة الصفراوية نتج عن ذلك عائق في سير الصفراء واذا امتدت
زيادة عن ذلك ودخلت في القناة الكبدية نتج عن ذلك التهاب كبدي خفي
لانه يندر جدا معرفة السبب الحقيقي لمثل هذه العوارض ونسبة اعراضها

لزوغان الديدان

واما ذوات الذئب الدقيق فينشأ عنها كلان متعب بغير كلتها عند قريحها من
الاستأوان والخروج منه وذلك يزداد مساموليا حتى انه يمنع النوم ويضطرب
ذلك بتطلب متكرر للتبرز ويوجد في المواد البرازية المنقذفة المختلطة كثيرا
بالمواد المخاطية ديدان صغيرة تتحرك بمركة تعبانية واذا سبجت في القرح
او المهبل بعد مرورها على العجان صار هذا العضو مجلسا لا كلان وغليان
صعب جدا ثم ان التهمج الناتج عن هذه الديدان والاحتكاك الذي يصاحبه
قد ينتج عنه التهاب نزلي يغش امهات البنات فيلجئن الى الطبيب ظنا من
ان ينالهن مصابات بالسيلان الايض وفي مثل هذه الاحوال يدلنا البحث
الدقيق بسرعة على حقيقة المرض

واما الديدان الشعرية الرأس فلا ينتج عنها اظواهر مرضية

(المعالجة)

اما المعالجة الواقية فالوسائط التي ينبغي استعمالها للوقاية من الديدان
الشريطية الوحيدة تستتج بملازمة آتقاف لا ينبغي تعاطي لحم الخنزير الابد
طبخه بطريقة كافية لفساد الديدان الحويصلية التي يحتوي عليها هذا اللحم
احيانا وينبغي زيادة على ذلك الاحتراس في تعاطي اللحوم النيئة المستعمل
الا ان بكثرة في علاج الاطفال فتؤمر الامهات ببشر اللحوم بنفسها خوفا من
وصول جرثومة الديدان الحويصلية الى بطون اولادهن ويؤمر اطباخون

بعدم ذوق اللعوم النيئة المعدة لعمل السحق وبعدم وضع سكين المطبق في الفم
كما يومر الجزارون بعدم استعمال السكاكين التي يجزؤون بها اللحم التي في
قطع السحق ولحم الخنزير وحيث ان أسباب الديدان الاخرى وكيفية
استئصالها مجهولة فلا يمكن ان تذكر وسأيد بحصة الوقاية منها

ولاجل طرد الديدان الشريطية لا يستعمل من الادوية العديدة التي كانت
تستعمل سابقا لاجذر السرخس المذكور وقشور جذر الرمان والكوسو
وزيت الترميتينا

اما جذر السرخس المذكور فالظاهر انه قوى التأثير في الديدان الشريطية
ذات العقل العريضة بخلافه في الوحيدة فكثيرا ما لا يجدي نفعا فيها
وتستعمل قشوره مسحوقة من جرامين الى أربعة (أى من نصف درهم الى
درهم) ويكرر استعماله مرتين أو ثلاثة ويتعاطى على الريق صباحا أو مساء
قبل النوم كما أوصى به بعضهم وبعد مضي بعض - وبعات أو في الصباح
ان كان تعاطى المسحوق في المساء يؤمر المريض بتعاطى مسهل قوى مركب
في الصبح النقطي والمعمودة والزئبق الحلو أو من ثلاثين الى ستين جراما من
زيت انطروج وأقوى اشكال السرخس تأثيرا وأما علاج خلاصة السرخس
التأثيرية فتعمل حبوبا بعد ان يضاف اليها مقدار مساو لها من المسحوق
ويعطى من جرام الى اثنين على مرتين ثم ان جذر السرخس المذكور قد دخل
عظيم في الادوية العديدة المركبة الطاردة للدودة الوحيدة التي تركت في
هذا العصر شيئا فشيئا

واما قشور جذر الرمان فالظاهر انها مكي كانت حديثة نفعاً كثيراً
في طرد الدودة الوحيدة والمقدار النافع منها من خمسين جراما الى مائة (أعني
من أوقيتين الى أربعة) في قدر ثلثائه وخمسين جراما الى سبع مائة جرام من
الماء منقوعة عدة أربع وعشرين ساعة ثم يغلى حتى يبقى نصف السائل ويعطى
منه على الريق صباحا على ثلاث مرات الا انه وان كان جيد التأثير يحدث
عنه في احياناً ومغص شديد يتألم منه المريض عدة ساعات والانسب الذي
يوصى به تجربة النقع البسيط قبل استعمال المطبوخ وهذا النقع يجهز
بأخذ مقدار من أوقيتين من قشور جذر الرمان الى أربع أواق وتأثيره المنقوع

البسيط أطف جده من حيث ان المريض لا يحسن بكافة ما و كثيرا ما شهد
من تعاطيه طرد الدودة المذكورة بل شهد طرد ثلاث من مع رؤسها فان
لم ينجح استعمال المنقوع فلما منع من استعمال المطبوخ بعد ذلك وعقب
استعمال قشور جذر الرمان تنقذ هذه الدودة بدون تجزئتها الى قطع بل
الغالب ان تكون ملتقة على نفسها ككبة الغزل ثم ان لم تنقذ بعد تعاطى
أول مقدار بساعة الى ثلاث ساعات فالاجود اعطاء أوقية او اثنتين من زيت
الخروع وأوصى المعلم (كشمير) بتجهيز خلاصة من أربع أواق الى ست
من قشور جذر الرمان وتخرج هذه الخلاصة قبست أواق أو غمان من الماء
الساخن وجرام أو جرام ونصف من الخلاصة الاتيرية للسرخس المذكور
وأربع قحان أو ست من الصمغ النقطى ثم يعطى قدر فنجان أو أكثر من هذا
المخلوط في كل ثلاثة ارباع من ساعة لاجل طرد الديدان فان لم يثر ذلك في ظرف
ساعة ونصف يعطى فنجان ثالث منه

واما الكوسو (ويعرف بالشربة الحشبة عند العوام وبالشاو) فهو
عبارة عن الازهار المجففة المسحوق من نبات يسمى بالبربير الطاردة للديدان
وهذا الجوهر الدوائى الذى وصل اليه من قديم من بلاد الحشبة لم يصادف
الامل العظيم الذى قيل به في ابتداء ظهوره بمصادفة تامة وأقل ما هناك ان
النتائج العظيمة جدا التى مدحها بعضهم لم تثبت عند آخرين ويعطى من
هذا الجوهر مقدار من درهمين الى نصف أوقية اما منقى بالماء أو مجزوا
بالعسل على صفة مربي ويعطى هذا المقدار على مرتين صباحا في ظرف نصف
ساعة وقبل تعاطيه يعطى للمريض فنجان من القهوة فان حصل له غثيان
أعطى له قليل من عصارة الليمون وان لم يحصل التبرز بعد ثلاث ساعات أخره
بسهل زيت الخروع أو السنا

واما زيت الترمينقا فهو وان كان من أقوى الادوية الطاردة للديدان
الشريطة فلا ينبغي استعماله الا عند الضرورة فانه اذا أعطى بكمية وافرة
لطرده الديدان نفع منه زيادة عن ردا مطعومه تهيج عظيم في المسالك البولية
ويعطى منه قبل النوم من أوقية الى اثنتين منفردا أو مخلوطا بالعسل أو بزيت
الخروع أو مستحلبا

ثم انه لا ينبغي اعطاء هذه الجواهر الا بعد اتصال أو انفصال بعض حلقات
ديانة انقاذ اذ انما واما تأثير العلاج لاوقات معلومة في منازل القمر التي
يسهل انقاذ الديدان فيها تبعاً لاعتقادات الفاسدة فلا يلتفت اليه
وبالجمله يلزم قبل المعالجة الشقائية معالجة تجهيزية بان يحتمى المريض وتنظف
امعاؤه بزيت الخروع ويغذى أياماً بالأغذية المملحة كالقسيح ولحم الخنزير
المملح وغير ذلك كالصبر والمثقال بالافاويه ومن هذه المعالجة ما أوصى
به من استعمال بعض الثمار ككوت الارض والثمار ذوات البروز الرفيعة
فان هذه البروز تضعف الديدان وتصبح هامة كقوله (كشنيستر)
ولا يعتبر العلاج تاماً الا اذا شوهد رأس الدودة الشريطية لكن من المعلوم
انه يمكن وجود جله ديدان وجودة في المعى وفي هذا العصر استعمل جوهر
دوائى يسمى بالكالا وهو مسحوق يوجده من تجر وشرور من النبات المسحى
روثا وتتكون ربا فيه وخفمنه من درهمين الى ثلاثة مخلوط بالماء وكذا
قشور المارسيانم اوقية الى اثنتين بمزوجة بالعسل وجذور الوردانم
درهم الى اثنين وغيرهما من الجواهر الدوائية حتى قيل بجودة تأثيرها في
الشريطية وبذلك اراها يظهر لها تأثير قوى مخصوص والجوهر الدوائى
الممدوح بكثرة في طرد الديدان الاسطوانية هو بز الشج الخراسانى وهو الزهر
الذى لم يتغير من أكامه وهو من نبات يعرف بالارنيسما الطاردة للدودة
الشريطية وقد فوضوا الآن طريقة اعطاء المخلوط المتخذ من مسحوق
بز الشج المذكور والجلبة والواريانا والعسل ونحو ذلك من الجواهر التي
كانت تعطى على شكل مربى وكان يعذب بها مزارا جميع الاطفال تقريباً
كل سنة كاترك ما ذكر على شكل شكولا الشج أو اقراصه والذى عليه
العمل الآن استحضارات أخرى أسهل تعاطيا وأكثر كلفة كخلاصة
الشج المذكور الاثريه لاسيما السنتونين وهو الجزء الفعال من هذا الشج
فمن الخلاصة يعطى للطفل مقدار من خمس محبات الى عشر كل يوم ومن الثاني
من ثلاث محبات الى أربع ويوجد في الاجراخانات ملبس سنتونين مجهر
ذو طعم مقبول في كل واحدة منه من نصف محبة الى محبة من السنتونين وقد
أوصى المعلم (كشنيستر) بمثل محبتين الى أربع من هذا السنتونين في اوقية

من زيت الخروع ويعطى منه ملعقة بن ساعة بعد أخرى حتى يفتح المطلوب
وأقوى منه نتيجة استعمال ستقونات الصودا وهو الطف من ذلك تأثيرا
فيؤخذ منه أيا مامتوالية صياحا ومسامقدار من قحتين الى خمس ومتى أعطى
بز الشيج أو أحد استحضاراته لزم أن يعقب بعمل ولا حاجة لغير ما ذكر من
الجواهر الطارئة للدود لثقف الديدان الاسطوانية

واما طرد الديدان المستدقة الذئب من المستقيم فيمكن فيه استعمال الحقن
وأجودها المأخوذة من الماء البارد والخل لكن يلزم اعطاؤها بكمية عظيمة
لاجل وصولها الى الديدان الساكنة في التعريج السيني وطرحها مع القاذى
على استعمالها زمنا طويلا ويغنى في الاحوال المستعصية ان يضاف الى
الحقن المذكورة محلول خفيف من السليمانى بان يؤخذ منه ربع قعقة في
أوقيتين من الماء

* (المبحث العاشر) *

(في الحى المعدية وتسمى بالمخاطية والصقراوية)

كثير من الاطباء لاسيما الالمانيين يعنى بلفظ الحى المعدية أحوال امراضية
ذات سير طاد فيها لا يصطب الاضطراب العام الحى الثقيل الانطواهر سوء
الهضم ومضوية باسهال غالبالاولو جلد فيها اعراض تدل على تغير من نقي
ثقيل في عضوم الأعضاء المهمة ومثل هذه الاحوال المبرهنها بالحيات
المعدية يعتبرها الاطباء المشتغلون بالطب العمل بالممارسات العظيمة خاصة
أحوال التيفوسية خفيفة ولا بد من رفض ذلك الاعتبار فان كل طبيب
مشتغل بالطب العمل بين الاهالى لا بد وان يكون قد شاهد عدة أحوال
مرضيه متفاوتة المدة وطول اقصر بدون ان يكون فيها أدنى شبهة تسعم
تيفوسى تحت يقينان عدم التدبير الغذائى الصحى وهى تطابق بالكلية
الحيات المعدية فعلى هذا يغنى اجتناب القول بحصول تسعم تيفوسى ولو فى
الاحوال التى لم يثبت فيها حصول التباع عن التدبير المذكور والاعتراف
بالقول بان كلا من تأثير البرد والمؤثرات الطوية والارضية وغيرها من
المؤثرات المرضية يحدث مجموع اعراض من هذا القبيل وليس المقصد من
ذلك انكار ان عدة من الاحوال التيفوسية الحقيقية تشخص وتعتبر بحى

معدية

ثم ان الحمى المعدية تبتدى غالباً بشعيريات خفيفة متكررة ويئدران تبتداً
النوبة بشعيرة واحدة ثقيلة وسرعة التبيض تزداد فجأة فتصل الى مائة
درجة أو تزيد في الدقيقة الواحدة وترقى الحرارة طبقاً للقياسات التالية
المعروفة نارة الى درجة لطيفة ونارة الى درجة حمى تفعمة فقد تصل الى درجة
٣٩ أو ٤٠ وتضطرب الحالة العامة اضطراباً عظيماً يحصل انحطاط عظيم
تلازم فيه المرضى القرائش وتنام الاطراف سيما المفاصل فيحس فيها بتكسر
ويحدث ألم غير مطلق في الرأس يزداد بنوم المرضى وارتكازهم على وسادتهم
ولومن اليريش وربما تنقص بتعصيب الرأس بقوة فهو منديل (تقبية
الوسيلة المذكورة تستعمل بكثرة عند المصريين لتسكين آلام الرأس
الشديدة التي توصف بها هذه الحمى) ويقعد النوم رأساً أو يضطرب باحلام
ريدشة وتختلف شدة الظواهر المرضية الاتية من جهة المعدة والامعاء
قال غالب ان تفقد الشهية ويغشى اللسان ويصير طعم الفم عجيباً ومراراً
ورائحة النعم تكون منقنة وقششكي المرضى باحساس بضغط أو امتلاء في
القسم الشراسيفي وتزداد حساسيته بالضغط عليه وينضم لذلك نجشون
غازات أو سوائل حمضية ناتجة عن فساد الهضم وقد يحصل في متكرر وفي
الابتداء يعقل البطن ثم يحصل اسهال سيما ان استطال المرض زماناً طويلاً
ويسبق هذا الاسهال بغص متفاوت الشدة ويؤخذ فيه مواد سائلة متألونة
بالخضرة بسبب الصفراء الفاسدة وكثيراً ما تكون هذه المواد مخاطية

ومجموع الظواهر المذكورة قد يزول بسرعة بحيث ان المريض الذي كان
في حالة متزعزعة في أول يوم يكون في اليوم التالي في حالة شفاء تام (وهذا ما يسمى
بالحمى اليومية) وان ظهر طعم مر بلسان على الشفتين فلا يعتبر شكلاً مرضياً
مخصوصاً ويسمى بالحمى الهرسية فانه كما يصاحب الحمى المعدية بكثرة
كذلك يصاحب الرتوية والمتقطعة وربما كان فيها أكثر فحينئذ لا يكون
له في المرض الاول كبراهمية زيادة عن الآخرين وفي غالب الاحوال
لا يزول هذا المرض في يوم واحد بل يستمر عدة أيام غالباً ويندمكنه زيادة
عن أسبوع وعند الأشخاص الذين لا يتعملون ارتقاء درجة الحرارة الحمية

أو لتهوية الناشئة عن تولد هذه الحرارة وتلدازها (وقد ذكرنا أنه يوجد من
هذه الحية اختلاف عظيم باختلاف الانحصاص) يتضح الانحطاط انضاجا
ينسابسرة ويضطرب الدماغ ويحل محل الاحلام المفزعة هذيان وان تظهر في
اللسان جفاف عظم الالتباس بالتيه وس وكثيرا ما لا تنضج حقيقة الحال الا
في اليوم السادس الى الثامن عقب طر وتخصين لجاني ونقاهة سريعة
وحيث يتعسر تمييز الحمى المعديّة عن التيفوس حال ابتداءه فيذ في الاحتراس
في التشخيص والحكم على العاقبة في الاسبوع الاول فان مما يحل جد ابشيرة
الطبيب حكمه بتشخيص الحمى المعديّة مع التاكيد وتعشيه بالشفا من
يوم ليوم ثم يظهر تيفوس في الاسبوع الثاني أو الثالث باعتراضه الثقيلة
كما يصاب عليه أيضا اذا شخص المرض بحمى عصبية أعنى تيفوسا ثم انتهى
هذا المرض في الاسبوع الاول بالشفا بحيث ان المريض عما قبل من الايام
يخرج متمتع بالرياضة اذ لا يخفى ولو على العوام ان الحمى المعديّة لا تصير معديّة
عصبية عند تلطّن أمور مخصوصة وتستعمل الى حمى عصبية أي تيفوسية
بل من المعلوم عند من ذكر ان كلاً من هذين المرضين مختلف الطبيعة من
ابتداء حصوله والا هم في تشخيص التمييز لهما في الاسبوع الاول وأولا
اعتبار المؤثرات السببية فان كانت المؤثرات المرضية التي سبقت المرض
من المؤثرات الحديثة لزلزلات معدية معوية أدّى ذلك في الاحوال المتبعة الى
غلبة الظن يكون مذكّر حمى معدية وامان وجدت أحوال تيفوسية بكثرة
في مدينة مثلا أو ما يحيط بها ولم تسبق بعدم تدبير غذائي حمى يعسر سببها
المرض فاذ ذلك يؤدي الى غلبة الظن بحصول التيفوس ثانيا ارتفاع درجة
الحرارة في الحمى المعديّة فان ذلك غير منتظم فيها كما يكون واصفا للتيفوس
وسنوضح ذلك فيما بعد ثالثا وجود التهاب زلي في الزرع الشعبية الرفيعة
الدال عليه كل من السعال والخرار الخ في قرية قاته مما يرجح القول بوجود
الحمى التيفوسية لا المعديّة ولو وجد فيها أحيانا زلزلات شعبية وهذه
الاحوال يعبر عنها بالحمى المعديّة الزلزلة رابعا وجود الطفح الهربسي حول
القصير كد القول بعدم التيفوس خامسا وجود دق الطحال وظهور طفح
وردي على القسم العلوي من البطن في الاسبوع الاول يتق القول بوجود

حي معانية ويؤيد وجود النفوس

وهناك أحوال تختفي فيها الظواهر المعديّة المعوية بالنسبة للاضطراب البني
العموي الثقيل بالكلية بحيث يشك في كون القناة المعوية منشأ المرض أم لا
وفي كون الحمى وظواهرها المتعلقة بها تعتبر أعراضاً للنزلة المعديّة المعوية
أم لا ومثل هذه الأحوال يؤدي للقول بوجود حجات بسيطة (ذاتية) وتعرف
بالبسطة المسفرة وبالسفوخس ومن البعيد على العقل ان النتيجة الوحيدة
لتأثير سبب مضر في الجسم هو طر والحمى بل الظاهر القريب للعقل انه يوجد
ولا بد تغيرات جوهرية خفية لا تدرك ويعضدها القول ما هو معلوم من
التجارب انه كثير ما يشاهد في أحوال الالتهابات الرئوية والحمرة الجلدية
والالتهابات النزلية الشديدة في لغشاء المخاطي الأنفي والشهجي كل من الحمى
والاضطرابات البنيّة العمومية واتضاحها قبل ظهور الاعراض المرضية
وهنا لا يسوغ القول بوجود حي أصلية من الابتداء انضم اليها فيما بعد
اصابة مرضية موضعية سيم وان الحمى تسير مع هاتيك الاعراض من وقت
ظهورها وينتهي سيرها بانتهاء سير الاصابة المذكورة ويتضح في طبقات
لتصورى انه ان لم ترتق الاصابة المادية الخفية الى درجة ينشأ عنها اضطرابات
وظيفية مدركة تكونت الحالة المعبر عنها بالحميات الذاتية أو الاصلية ومع
ذلك فلا يستنبط من سوء الهضم الخفيف الذي يكون في كل حي وفقد
الشهية وتغطية اللسان الخفيفة ونحو ذلك اعتبار كل حي انه معديّة

وقد أكد المعلم (جوسنجر) مذهب اليه من ان الاحوال المرضية النادرة التي
تسير بظواهر مستمرة كثيرة الوضوح واصفة المعبر عنها بالحميات المخاطية عبارة
عن اصابات نفوسية تسير بكيفية واضحة غير اعتيادية ولا أعلم ان كان هذا
الطبيب قد أجرى الصفات التشريحية في أحوال عديدة من الاحوال التي
نحن بصددناها ولا كما لا أدري من أي فروع استنبط انه في مثل هذه الاحوال
المرضية يوجد فروح معوية آخذة في الشفاء وكل من استطاع المدة هذا
المرض وحقة درجة الحمى وعظم امتداد اصابة النزلية وتكون المواد
المخاطية بكمية عظيمة وغير ذلك يلجئ الى الشك في صحة ما ذهب اليه هذا
الطبيب المذكور حتى أقف بالدقة على حقيقة ما اليه ذهب واما الذي ساذكره

بالنسبة لاعراض الحمى المخاطية وسيرها فاني آخذ من مشاهداتي
الخصوصية ومن شرح المعلم (شونلين) على هذا المرض الموافق بالكلية
لما شهداتي

وهذا المرض لا يتبدى بسرعة النبض العظيمة وتكسر الاطراف وألم الرأس
الشديد والقلق التي تتبدى بكل منها الحمى المعديّة بل يكون النبض قليل
التواتر ودرجة الحرارة قليلة الارتفاع ونحس المرضى بهبوط واضح جدا
وهو يكون في حالة انخفاط وميل للنعاس وكراهة كلية لتعاطي شئ تمام
المطعومات وان جبرت على تعاطي شئ مما ذكر حصل لها احاساس متعب
بامتلاء في البطن ينضم له غثيان حتى يحصل القيء به تنقذ كية عظيمة من
مواد مخاطية لزجة وكذا كل من التزلة القمية والحلقية المصاحبة لهذا المرض
يكون ذا صفات مخصوصة فاللسان يكون ابتداً مغطى بطبقة سمكية مصفرة
وكل من الاسنان واللثة وقوائم اللهاة والبلعوم مغطى بطبقة مخاطية لزجة ثم
تنقذ غالباً الطبقة البشرية المغطية للسان فيظهر أحمر كأنه قطعة لحم نيئة
أو مدهون بمادة حمراء وفي وقت الصباح تنقذ المرضى اما بواسطة البصاق
أو التقيؤ أو الغشيان أو التي موصوف ذلك مواد مخاطية لزجة خيطية بكمية
عظيمة يضيّق عنها ما عاون البصاق وتكون مواد البراز مختلطة أيضاً بزيادة عن
المطعومات غير التامة الهضم مواد مخاطية غزيرة وكذا الافراز البولي يترك
راسباً كثيراً المواد المخاطية والحمى تبقى كذلك في أثناء سير هذا المرض خفيفة
ذات طرز متعديداً ومستقر وتقع المرضى في حالة هبوط عظيم ويرداد هذا
الهبوط ازدياداً عظيماً بحيث ان هؤلاء المرضى ولو في غير وقت النعاس تستلقي
على أظهرها في فراشها غير مستيقظة لما حولها من الأشياء بل ولا لنفسها
وحالة مرضها وعند انتهاء هذا المرض نحو الشفاء في الأسبوع الثالث
أو الرابع غالباً يزول تكون الافرازات المخاطية بالنسبة ويح وتعود الشهية ببطء
ويصير النبض بطيئاً والمرضى المنهوك لا تكسب قواها الاصلية الا بعد زمن
طويل ويكنى أقل مؤثر في احداث التمسك فيعود المرض ثانية حتى يعضي
على ذلك عدّة من الأشهر فيحصل اما الشفاء التام أو الهلاك لهؤلاء الضعفاء
المهولين

واما حل مسئلة الاحوال المرضية المعروفة عند الاقدمين من الالطبا
 بالحيات الصفراوية فمصر وبالتجارب التي أجريتها في السنين الاخيرة أظن
 القرب نوعا الى فهم الامراض الحسية التي تسير بنظواهر يراقية وأوضاعها
 تقريبا عما سلف في العصر الحالية وذلك اني الآن لا أعلن أن اليرقان ينشأ
 عن ازدياد الصفراء الذي يتكون به كمية عظيمة منها زيادة عما يسيل من المسالك
 الصفراوية وانه بذلك يمتص جزء من الصفراء المتزايدة المنقرضة بل الذي أجزم
 به ان يذوب اليرقان الذي يصاحب الحيات الثقيلة دموى بمعنى انه ينشأ
 عن قلاشي كرات الدم واستحالة المادة الملوثة له المنفصلة عنه الى مادة ملوثة
 صفراوية وسأتكلم على ذلك مفصلا عند أمراض الكبد ولتقتصر هنا على
 الاعتبارات الآتية وهي انه في التسمم الصليدي للدم وحى النفس وغير
 ذلك من الامراض التسممية يحصل استحقاقات جوهرية في الاعضاء المختلفة
 عقب ارتفاع درجة الحرارة ارتفاعا عظيما ولا بد وان يشترك الدم في تلك
 الاستحقاقات ومن النادر ان يحصل في أثناء سير الاصابات الالتهابية سيما
 الالتهابات الرئوية فتخلل في الدم كما كان يزعمه الاقدمون ويعقب ذلك يرقان
 دموى وبالجملة فقد تؤدي الاصابات التزلية التي تعترى الغشاء المخاطي لاقناه
 الهضمية والشعبية الى استحقاقات جوهرية في الكبد والقلب والكليتين
 والدم فقد شاهدت في السنين الاخيرة جملة مرضى مصابة بنزلات شعبية
 أو معوية بسيطة هلكت باعراض ثقيلة من جهة المجموع العصبي مع
 ظواهر يراقية واتفاخ في الكبد قليل وضربات غير منتظمة ومنقطعة في
 القلب وبول زلال وغير ذلك بدون أدنى شك في حصول تسمم عنق منتشر
 ومثل هذه الاحوال التي تشاهد بكثرة احيانا كالالتهابات الرئوية الصفراوية
 وتوجد بكثرة في البلاد الحارة جدا تطابق بالكلية ما يسمى الاقدمون بالحيات
 الصفراوية ولا بد وان توجد أحوال من البجيا وغيرها من الامراض
 التسممية يعبر عنها خطأ بالحيات الصفراوية

• (المعالجة) •

حمض الكلور ودرينك لمشهرة عظمى في معالجة الحمى المعدية ولا تعرض
 الى كون التركيب الذي يكاد يستعمل دائما المأخوذ من جرامين أعنى

نصف درهم) من حمض الكلورودرين المركز على مائتي جرام (أعنى ست
أواق) من صواع غروى أو منقوع خفيف من عرق الذهب من خمسة دس
جرام على مائتي جرام من الماء (أعنى ثمان دجات على ست أواق) ويعطى من
ذلك ملعقة في كل ساعة وله تأثير جيد جدا كما هو مشهور به وعلى كل حال
فالعالب ان المرضى تتعاطا مع القبول حيث انه يحصل منه تلطيف العطش
تطبيقا عظيما فضلا عن اختلاطه بالعصير المعلى فيزيد في خواصه الهاضمة
كادات على ذلك التجارب القسملوجية

وفي الحمى المخاطية تستعمل القلويات الكربونية لاسيما صبغة الراوند
المائية واستعملت ذلك بكمية عظيمة طبقا للمائص عليه (شونلين) فيعطى من
ذلك ملعقة أو كل كل ساعتين مع النجاح التام نابعاً في ذلك أيضاً رأى من قال
ان لهذا الجوهر النواتى تأثيرا يكاد يكون نوعيا في الحمى المخاطية ثم ان المرضى
نساء أنفسهم من القادى على تعاطى الشرية كما شاهدت ذلك فضلا عن
تحسين حالتهم بتعاطى بعض الحبيز الجوف متبلا بقليل من الملح واما الحمى
الصفراوية فالمستعمل فيها بكثرة الحوامض المعدنية والاجود فيها استعمال
جوهر دوائى مضاد له هذه الحمى وهو الكينين فيستعمل بجرعة دارة عظمى مع
تنقيص الحرارة بواسطة التبريد والحمامات الباردة أو تلقيف الجسم
بالملاآت المبتلة بالماء البارد

(الفصل السادس)

(في أمراض البريتون)

(أعنى أمراض الغشاء المصلى المستبطن للبطن)

(المبحث الاول)

(في التهاب البريتون)

(كيفية الظهور والاسباب)

يقال في كيفية ظهور التهاب البريتون ما قبل في كيفية ظهور التهاب
البليوراوى والنامورى لان التغيرات المرضية التي ذكرناها في شرح
تغيرات البليورا والنامور تحصل به في البريتون عند التهابه وذلك انه
من جهة يتكون قولا جديدا منسوج خلوى حديث أعنى غواحيثا في

هذا الغشاء من جهة أخرى يحصل نضج التهابي على سطحه مزوج باخلة
حديثة أي كرات مسديدية وفي أحوال من التهاب البريتوني المزمن قد
يظهر أن التغير الالتهابي قاصر على غشاء جدار البطن ويتركز في حصول
نضج سائب على سطحه فبناء على ذلك يغلب على الظن حصول نخن في البريتون
والنصاقات تشبه بالكلية نخن البلور والانساقات بحيث تكون مثلها
بدون أن يشاع ذلك أراض

ثم إن الاستعداد لهذا الالتهاب عند شخص سليم قوى البنية ضرع عظيم سيما بالنسبة
لشكليه الحاد المنتشر فإن المؤثرات المرضية الخفيفة التأثير الكافية في
إحداث التهاب أغشية غير البريتون في الأغشية المصليّة والأغشية المخاطية
يكاد لا ينتج عنها التهاب بريتوني أصلاً ولذا ينبغي للطبيب أن يمسك بالقاعدة
العامة وهي أنه متى أصيب شخص سليم من قبل بالالتهاب البريتوني يجب
عليه الظن بوجود سبب من الأسباب الثقيلة التي سببها في بادئ الأمر ولا يظن
وجود التهاب البريتوني المعروف بالروماتزمي إلا بعد القطع في هذه الأسباب
الثقيلة بالبحث الجيد والاستعداد للاصابة بالالتهاب البريتوني وإن كان قابلاً
كما ذكرنا في السليمين إلا أنه يكثر جداً في المصابين بأمراض معصوبة بالتهوك
كالربو وداء البرص وغيرهما من الأمراض المعصوبة بالتهوك وكذا يزيد
الاستعداد المذكور في التماس من الطمث إذ يكفي عندهن أقل سبب مضر
فيحدث التهاب بريتوني وقد سبق ذكر الأسباب المانعة من اعتبار هذا
الشكل من التهاب البريتوني كغيره من التهابات الرئوية والبلورالية
التي تحصل في مثل هذه الأحوال من التهابات الثانوية وفي أحوال أخرى
غير نادرة يكون هذا التهاب نتيجة لاسطية لتسجم منتشر في الدم وحينئذ
يقياس بالالتهابات الجسدية في الأمراض الطفولية الحادة وتشرح هذا
الشكل من التهاب البريتوني عند الكلام على الحمى التيفوسية وغيرهما من
الأمراض التسممية للدم التي يكون فيها "بريتون مجلسا لالتهاب

وأما الأسباب المتحصلة للالتهاب البريتوني فمن الرض الشديد على البطن
والجروح النافذة ومن العمليات الجراحية ما يندرج أحداً من الالتهاب
البريتوني كبذل البطن وما يحدثه بكثرة كعمليات التفتق والمجذبة

دائما كالعاملات القصيرة أعنى شق البطن عند الولادة العسرة جدا ومنها
تمزق الاعضاء المغشاة بالبريتون وتنفقها ودخول سوائل أو مواد غريبة في
تجويف البطن فان هذا الالتهاب يمكن حصوله عن ثقب المعدة بقروح
أو سرطان فيها وتقرحات الحلقمة الديدانية والاعور والتقرحات التيفودية
أو الدرنسية للمعى وتمزق الحويصلة المرارية أو المثانة وتمزق خراجات السكب
أو الطحال ونحو ذلك

ويعتمد الالتهاب في جميع هذه الاحوال بسرعة الى جميع سطح البريتون
ويستدران تقطع الالتصاقات القديمة الكاثنة بين العرا المعوية سير هذا
الالتهاب وتمنع امتداده الى باقى اجزاء البريتون بحفظه عن ملامسة
الاجسام الغريبة المنسكبة في البطن

ومنها ان الالتهاب البريتونى قد ينجح عن التهاب عضو مجاور له هذا الغشاء
فان البريتون يشترك بالالتهاب مع الاعضاء المغشاة لها كما تشترك البلدي وافي
التهاب الرئة وذلك كحصول الالتهاب البريتونى الناتج عن الالتهاب الاورى
والفتق الختق والاختناقات المعوية الباطنة والنواء الامعاء وتداخلها
وكثيرا ما يعتمد الالتهاب من اعضاء متاسل الاتى ويصيب البريتون كما ان
التهابات السكب والطحال يمكن ان تعتمد الى هذا الغشاء وفي جميع هذه
الاحوال يكون الالتهاب البريتونى قاصرا على الجزء المصاب بالابتداء بل
الغالب ان يكون قاصرا عليه فيما بعد أيضا وفي بعض الاحوال قد يعتمد هذا
الالتهاب ويستشري سيما اذا كان ناتجا عن اختناق معوى او نحو

ومن النادر جدا أن يكون ناتجا عن تأثير البرد واضطرابات جوية أخرى غير
معروفة كما تقدم ويكاد أن لا يحصل ذلك مطلقا عند سليمة البنية وقد جرت
العادة بتسمية هذا الشكل بالالتهاب البريتونى الروماتيزمى

(الصفات التشريحية)

ولنشرح أولا التغيرات التشريحية للالتهاب البريتونى الحاد المنتشر
فنقول

يكون البريتون ابتداء معمر اسبب الاحتقان الوعائى الشعري والارتشاح
الدموى الحاصل في خلايا منسوج البريتون ولأجل كشف هذا الاحمرار

ومشاهدته ينبغي ابعاد التراكمات اللبغية المغطية له وسياق ذلك كما ثم يتناقص
هذا الاحرار وماذا لك الامن انضغاط الاعوية الشعرية بسبب الاتفاخ
الاوذى ماوى الذى يحصل فى جوهره وسطح هذا الغشاء يتكدر لعماته بسرعة
عقب سقوط الطبقة البشرية ويشاهد سطحه خاليا وماذا لك الامن تولدات
اخلية جديدة ترتفع على سطحه كما ذكرنا ذلك فى التهاب البلور راوى

واهم تغيرات جوهر البريتون مشاهدة النضج الذى يوجد على الدوام مغطيا
لهذا الغشاء المصلى ولو كانت مدة التهابه قصيرة جدا وطبيعة هذا النضج
وكيمته تختلف اختلافا عظيما فانه قد لا يشاهد احيانا الا طبقة دقيقة شفافة
من مواد لبغية منعقدة يسهل نزاعها بسهولة على شكل غشاء رقيق مغطى
البريتون ومكون لاتصافات رخوة بين العرا المعوية وبهذه ولا يوجد
نضج سائل بالكسبة وفى احوال أخرى يكون النضج المتعقدأ كثر كثافة
وأقل شفافية وأكثر امقرا را كانه غشاء الكاذب ويوجد فى الاجزاء المتحدرة
من التجويف البطنى كمية متفاوتة العظم والقدر من مواد لبغية معقدة
وتارة قد يكون النضج عظيم الكمية جدا بحيث عند فتح البطن يخرج من
تجويفه سائل عكرى فى غزير جدا وتبقى منه كمية بين العرا المعوية وفى
الحوض الصغير وعلى جاني العمود الفقرى وزيادة على هذه التجمعات
الغشائية المغطية للبريتون توجد تجمعات مصفرة من مواد لبغية منعقدة
اما سائجة فى السائل او ساقطة فى قاعه ومجمعة فى الاجزاء المتحدرة من
تجويف البطن

ثم ان النضج التاميل الكمية المحتوى على مواد لبغية بكثرة يشاهد خصوصا
فى التهابات البريتونية الناتجة عن أسباب جرحية او عن امتداد الالتهاب من
عضو مجاور للبريتون نفسه واما النضج المصلى اللينى العظيم الكمية
فيوجد غالبا فى التهابات البريتونية الناتجة عن الثقوب او عن التسمم
المنتشر سيما فى التهاب النفاخ وفى الاحوال النادرة من التهاب البريتونى
الر وماتيزمى

وجميع طبقات الامعاء تكون فى التهاب البريتونى المحسوب بنضج غزير
مجاور الاوذى انتمسية جانبية فتكون جدا والامعاء بسبب هذه الاوذى

أكثر مما كذا وتؤدي أودجها الغشاء المخاطي المعوي الى افراز مصل غزير في
باطن القناة المعوية وبسبب شلل الطبقة العضلية يحصل تراكم كمية عظيمة
من الغازات في الامعاء بل تكون الطبقات السطحية من الكبد والطحال
والجدر البطني مجلسا لاوتساح مصل ومتغيرة اللون وبالجملة قلند ذكرهنا انه
بسبب النضج والغازات المتدلة على يدفع الحجاب الحاجز الى أعلى فيمصل
الى موازاة الضلع الثالث او الثاني فينضغط معظم اجزاء الرئة وبذا توجه
سرعة حصول الموت

واذا لم يهلك المريض حال ارتفاع الالتهاب الى أعلى درجة تغيرت الصفة
التشريحية وفي الاحوال الجيدة يمتص الجزء السائل من النضج بسرعة ثم
تزل المواد النسيجية مع الكرات الصليدية المتحصرة في هذه المواد
او السابجة في السائل وذلك بعد ان تكابد الاستحالة الشحمية فتسيل وتسير
صالحة لامتصاص ومع ذلك تبقى على الدوام تكاثفات جرتبة مع التصاقات
بريتونية وفي احوال أخرى اقل جودة لا يمتص الجزء السائل من النضج
الا امتصاصا غير تام والكرات الصليدية التي كانت محتلة به ابتداء بكمية
قليلة تنكسر جدا فيكسب السائل هيئة صليدية والتعقدات اللبكية لونا
مصفرا ورخاوة عظيمة وقد تلتصق الامعاء في بعض الاصفار التصاقات متينة
بحيث يجتمع السائل في جلة ثورات منعزلة ثم اذا عاش المريض زيادة عن هذا
الدور الذي يوجد جدها بالاعمال الكيز من الالتهاب البريتوني في الاسبوع
الرابع او السادس شوهد امتصاص السائل الصليدي المتكيس وتكاثره
واستحالاته الى مادة مصفرة جنية بل وكسبة تبقى متراكمة بجوف البطن
في منسوج خاوي متيسر وفي بعض الاحيان يمتد التكون الخاوي الجديد
العظيم الذي يحصل على السطح السائب من البريتون الى جوف هذا الغشاء
فيحصل فيه تقرح او ثقب فينصب النضج المتكيس اطراف الامعاء أو المانة
ويتخذ من جدر البطن او يتجمع على هيئة ثورات في المنسوج ظاوي
للحوض ويتخذ مسلكا نحو الخارج في صفر مندر

وفي الالتهاب البريتوني الحاد الجزئي تصير التغيرات التشريحية قاصرة على
الغلاف البريتوني للكبد أو الطحال أو الجزء المعوي أو بعض الاعمال المعوية

المجاورة وعندما يكون النضج قليل الغزارة محتويا على مادة اليقية بكثرة يحصل التصاق الاجزاء الملتهبة ببعضها واما اذا كان النضج غزيرا جدا وكان زلالا ليقيا أمكن ان يتكون عن ذلك بورات متكيسة بين الاجزاء الملتهبة كما في الالتهاب البريتوني المنتشر وفي هذه البورات تحصل الانتهاءات السابقة ذكرها

واما الالتهاب البريتوني المزمن فهو عبارة عن الشكل الذي يكون ابتداءه كالالتهاب البريتوني الحاد المنتشر ثم يتبع سير ابطيا وتنتج عنه البورات الصديدية التي شرحناها لكن بوجود زيادة على هذا الشكل البريتوني المزمن خصوصاً عند الاطفال تغيرات التماية أخرى في البريتون تصاحب الدورن المعوي والمسايرتي وغير ذلك من الافات المعوية وهذه التغيرات الالتماية تكون من ابتداء ظهورها في حالة مزمنة وتتمدد الى جميع سطح الفشاء المخاطي وأقله الى معظم سطحه وهذا الشكل من الالتهاب البريتوني يتصف بنوع عظيم في المنسوج الخلوي البريتوني فينتج عن هذا النمو تضامة بريتونية تكون تارة هلامية وتارة ندبية والعرا المعوية تكون ملتصقة ببعضها على هيئة لثاق غير منتظمة الشكل ويوجد بين هذه العرا المعوية المتضايقة والمتقوسة مراراً بورات عملاقة بمواد صلبة وصديدية تارة او بسائل دموي تارة أخرى واختلاط هذا السائل بالدم ينتج عن تحرق الاوعية الشعرية الرقيقة الذي يشأ عند تكرار حصول اى التهاب مزمن في اى محل كان فان الالتهاب المتكرر هذا لا يصيب المنسوج الاصل فقط بل يصيب أيضاً المنسوج الخلوي الجديد التكوين الكثير الاوعية الرقيقة المتكون على سطح البريتون في الالتهابات المتقدمة الحصول وكثيرا ما يوجد في هذا الشكل بجوار النضج المعوي درن متكون على سطح البريتون المتكاثف وبالجملة يوجد شكل من اشكال الالتهاب البريتوني المزمن الجزئي معروف في انتهااته أكثر من ادوارها الاول ويحصل عند وجود التهابات مزمنة واستحالات مرضية في الاحشاء البطنية وينتج عنه تكدر وتكاثف في البريتون والتصاق الاعضاء الحشوية ببعضها وانجذاب الامعاء وانحناؤها
 * (الاعراض والسير) *

الالتهاب البريتوني الحاد المنتشر تختلف الصفة التي يبتدئ بها باختلاف
الاسباب التي احدها ففي الالتهاب البريتوني الجرحي اول اعراضه موضدة
الام الذي يبتدئ من محل الاصابة الجرحية ويتشرب سرعة الى جميع اجزاء
البطن وفي الناجم عن الثقوب سيما الثقوب القعاني الذي به تنصب جواهر
مهيجة في تجويف البريتون يكون العرض الاول لهذا المرض الماشدida
زائدا عن الحد يحمى به في البطن السفلى ويصطب هذا الام ابتداء بانقطاع
عوى عظيم جدا ولا يصطب بحمى شديدة الا في ابعده

واذا حصل الثقوب تدريجيا وكانت المواد المنسكبة في تجويف البطن قليلة
السكمية والتهيج امكن ان تسبق اعراض الالتهاب البريتوني العام باعراض
البريتوني الجزئي التي سنشرحها وفي الاحوال التي يعتمد فيها الالتهاب من
عضو مجاور الى البريتون لا ابتداء اعراض الالتهاب البريتوني المنتشر بل
كما تقدم فان الالام التي كانت موجودة من قبل لا تزايد الاشياء انشياً
وتكون قاصرة في الابتداء على الجرح الملامس للعضو المتهب ثم تعديها الى
جميع البطن

وفي شكل الالتهاب البريتوني المعروف بالروماتيزم والناجم عن التسمم المنتشر
يبتدئ هذا المرض بقشعريرة وحى شديدين كهجوم غيره من الالتهابات
الثقلية

وسواء كان ابتداء هذا المرض فجائيا او تدريجيا وظهرت الحمى من الابتداء
او فيما بعد فالام على الدوام هو العرض الاكثر شدة ووصفا لهذا المرض
فاى ضغط على قسم البطن مهما كانت خفته يصبر غير مطاق بل قد لا يعمل
المريض القفا والملابس على البطن والمريض في هذا المرض لا تكون في حالة
قلق في فراشها كما يشاهد عند المصابين بالغص بل تبقى مضطجعة على ظهرها
مع الاستلقاء ثانيا اطرافها الى الخلف على الحوض وتنام من أقل حركة في
وضعها واقل سعال يحصل لها ينتج عنه آلام شديدة في البطن وتقلص في
الوجه وتسكلم المريض بيطء عظيم ولا تنقص الاسطجياخوة من الضغط الذي
يحدهه مقوط الحجاب الحاجز الى اسفل وزياد الالام عقب ضغطه على
البريتون ومن ابتداء هذا المرض يتوتر البطن ويفتح ولا يمكن نسبة الاخير

في الابتداء الى التضخم الذي يحصل في تجويف البطن فان كميته اذ ذلك
لا تكون عظيمة جدا بل معظم هذا الانتفاخ ينتج عن تمدد الامعاء الممتلئة
بالغازات وتوجب الحالة الطيلية للبطن في مثل هذه الاحوال ليس سببا لافاته
لا يحسن نسبته الى تكون غازات بكمية عظيمة اذ لا يوجد في سبب لسرعة
فساد متحصل الامعاء كما انه لا يجوز القول بأنه يحصل في التهاب البريتوني
تصاعدات غازية من الجدر المعوية فالذي يظهر ان الحالة الطيلية منوطة
بسمولة تمدد الغازات المعوية عقب استرخاء الجدر المعوية من جهة وعوق
خروج الغازات من جهة أخرى بسبب شلل الطبقة العضلية للامعاء والحالة
الطيلية للبطن قد تكتسب بسرعة تقريبا عظميا جدا ومن الواضح ان كلا
من التضخم والتمدد المعوي يحدث ضغطا عظيما على الحجاب الحاجز كما يضغط
على جدر البطن ومن ذلك تنشأ اعراض خطيرة للغاية فان الضغط الواقع على
القصور السفلى من الرئة بسبب اندفاع الحجاب الحاجز الى أعلى والاحتقان
الشديد الذي يظهر في الاجزاء اعيرة المنضغطة من الرئتين بسبب موق الدورية
في الاجزاء المنضغطة يفتح عنهما عسر عظيم في التنفس ومرة عظيمة في حركاته
بحيث يصل عدد الشفث في الدقيقة الواحدة من ٤٠ الى ٦٠ وعوق
الدورية في الرئتين يمكن ان يمتد الى القلب الايمن والجذوع الوريدية الغليظة
للدورة بحيث ينتج عن ذلك تالون سيانوزي خفيف عند المرضى وفي اغلب
احوال التهاب الحاد البريتوني المنتشر يوجد عندهم امساك مستعص
وهذه الظاهرة تنسب الى شلل الطبقة العضلية المعوية الناجمة عن الاوذيميا
التشمسية الجانبية غير انه يشاهد في التهاب البريتوني النقيامي اهم ال مائي
فانه في هذا الشكل في التهاب تمدد الاوذيميا الى الطبقة المخاطية أيضا فينتج
عن ذلك ارتشاح غزير مصلى يندفع مع الخارج ولومع شلل الطبقة العضلية
مق وصل امتلاء الامعاء الى حد معلوم بحيث اذا اجلست المريضة المصابة
بهذا الشكل من التهاب وضغط على بطنها ضغطا خفيفا سال من الشرج
كمية عظيمة من مواد مائية متلونة قليلا وكثيرا ما يصحب هذه الاعراض
المدكورة التي ماعدا الاحوال التي يكون فيها التهاب البريتوني ناتجا عن
تنقب القرحة المزمنة المعدة وتكون المواد المنسذقة بالقي في الابتداء

مخاطبة قلبية التلون ثم تصير مائية ثم مخضرة قليلا ثم يتضح الاخضر
 وأسباب حصول التي في هذا المرض نادرة وعدم حصوله نادرة أخرى ليست
 واضحة فان اشتراك الغلاف المعدى البريتوني في هذا الالتهاب وعدم
 اشتراكه فيه لا يكتفيان في توجيه ذلك واذا امتد الالتهاب الى الغلاف
 البريتوني المثاني نتج عنه زحير بولي مستمر واحساس باقتلاص مستمر ايضا في
 المثانة بحيث لو صفى الطيب غير المتقرن الكلام المريض وتطلبه لاستقرار
 ما في المثانة المحسوس به بادخال القساطير لاجل ما ذكرنا أمكنه ان يخرج منها
 قطا قليلة من بول مر كذا كن وبالجملة فانه يمد من جملة اعراض الالتهاب
 البريتوني الحاد المنتشر المحي التي تحدث عما قبل بعد طر والمرض او معه
 فله من يسرع كثير او توجاهته مغربا او حرارة الجسم تصل الى ٤٠ درجة
 فاكثروا حالة المريض العامة تضطرب جدا كما يحصل في باقي الحميات الشديدة
 والدماغ يكون في الغالب سليما غير مشكوك

ومعنى كان سير المرض قليلا فان جميع الاعراض تأخذ في التناقل والشدة
 في أيام قليلة واما الالام فتكون في الابتداء أشد ثم تتناقص وافتتاح البطن
 يصل الى أعلى درجة فيندفع كل من الكبد وقلبة القلب الى أعلى حتى يصل
 الى الضلع الثالث وبالقرع يسمع في ابتداء المرض صوت غملي طلي وعند
 ازدياد التضخم تسمع أصحية غير تامة في الاجزاء المتحدرة من البطن وفي هذه
 الحالة يشتد قلق المرضى جدا طالبا للاسعاف وحالة بصرهم تدل على اليأس
 وان لم تفعل لهم استقرات دموية غزيرة أو كانت كمية الدم غير متناقصة
 بسبب غزارة التضخم تتسبب وجههم لونا مزرقا مياو زيا ثم تضطرب
 الحواس اذ ذلك ويحصل لها التخطا ويتبدى عند المرضى الهذيان ويصغر
 النبض فيأشبها برتداد سرعته ويتغطى الجلد بعرق بارد فذلك المرضى احيانا
 في اليوم الثالث أو الرابع من هجومه والاعلى في آخر الاسبوع الاول وعند
 ما يسير المرض سيرا جيدا وذلك في الاحوال الجيدة التي تأتي فيها تبعيد
 الاسباب المتعمدة لهذا المرض والتي تكون فيها هذه الاسباب قليلة الشدة
 والخبث يتناقص الالام والافتتاح الطلي للبطن والحى شيئا شيا ويحصل هذه
 في النفس ويصير حاله او يعود المريض الى صحته بسرعة لكن الغالب ان

يبقى عنده مدة حياته امسالك اعتمادى واستعداد للمقص قبل التبرز بسبب
الاتصافات المعوية والاشغناآت المعوية أيضا

واذا لم يملك المريض فى الاسبوع الاول ولم يحصل عنده أدنى تحسسين واضح
تغيرت صورة المرض غالباً وسار سيراً مناهلاً لم يتناقص والبطن لا يصير
حساساً بالضغط العظمى والاتفاخ الطبلى البطن يتناقص لكنه لا يزول
بالكلية وان كان قد اعتدى المريض امسالك الى هذه الدرجة يحصل عنده
امسالك خفيف واما اذا كان عنده اسهال من الابتداء بسبب الارتشاح الغزير
للمواد المصلية فى المعى زال هذا الاسهال وحل محله امسالك وصرعة النبض
ارتفاع الحرارة يتناقصان لكن لا يعودان الى الحالة الطبيعية وفى أثناء
تناقص الاتفاخ الطبلى البطن تنضج الاصبغة فى الاجزاء المتحدرة لهذا
لتجويف ويحصل فى الاجزاء الصماء مقاومة تنضج شيئاً فشيئاً ثم يكتب البطل
شكلاً غير منتظم ذات تحدبات والنضج المتكسر يمكن ان يكتب هيئة الاورام
غير المنتظمة والمعنى وان كانت نطقت الانهم المزل مستمرة وتظهر فيها
ثورانات زماناً فتنفك قوى المريض ويحصل تلاش فى دمه ومنذو جاته
فتزول الطبقة الشحمية وتضمحل العضلات وتصير رخوة والجلد لا ملتصقاً
ولا يندر ظهوراً واذ يما فى الاطراف السفلى ثم تملك المرضى فى حالة النهوك عظيمة
جداً نحو انتهاء الاسبوع الرابع والخامس والسادس وان امتص النضج
البريتونى فكانت نقاهة المريض بطيئة وتسقم اعراض تضايق المعى
والتصاقاتهم أكثر مما اذا كان امتصاص النضج البريتونى حصل بسرعة
كفى الاحوال الحادة جداً وهذه الظواهر تكون فيها على كابدات شاقة
عند المريض مستمرة واذا حصل تفرح فى البريتون ونقب واشتدت المعى
وازدادت الاملام وحصل اما ارتشاح فى جوف معد ومن جدار البطن واحرار
ونقب فيه او تكون خواجات المتدربة تظهر فى محال مختلفة منحدرة او ان
المسديديسكب فى المعى ويتقدف مع البراز وهذه هي الحالة الحميدة والعادة
ان تملك المرضى فى جميع الاحوال عقب النهوك ولا ينبج منها الا القليل بعد
نقاهة مستطيلة

واما التهاب البريتونى الحاد الجزئى فالغالب ان يسبق باعراض تختص بمرض

العضو الذي امتد منه الالتئاب الى البريتون فان حصل الالتئاب المذكور في الحفرة الحرقضية اليمنى يسكون مسبوقا باعراض الالتئاب الاعورى والذي يكون مجلسه القسم الشراسيفى يسبق باعراض قفرح المعدة والمعى او باعراض خراج فى الكبد ووجهه ول هذا المرض وان كان متنجها بالم منتشر فى جميع البطن الا ان الحساسية العظمى بجلد البطن عقب الضغط (وهى عرض واصف تقرى بالالتهاب البريتونى) تكون قاصرة على جزء محدود منه والانتفاخ الطبلى للبطن يفقد فى هذا الشكل او يكون جزئيا وكذا الحصى تكون اخف عما فى الشكل السابق ومضى كان التضخم غير غزير جدا زالت هذه الاعراض فى اقرب وقت وانتهى بالشفاء التام ما لينج عنه التصاقات معوية تعوق حركات المعى او انتهى المرض الاصلى بانها آخر واما سير الالتئاب البريتونى الجزئى فيختلف اذا نتج عنه فضع غزير وفى هذه الحالة يسمع فى جميع امتداد الاجزاء المريضة صوت أصم عند القرح ومقاومة هذه الاجزاء تكون عظيمة أيضا وتشتد شباقتها الى ان يحس عند الجس بوزم فى جدار البطن ومثل هذه البورات يشهدوا عنها عقب ثقب القروح المعدية ويكثر مشاهدتها عند حصول تنقبات معوية خنازيرية تدريجية أو عقب قفرحات الاعور او المعالقة الحديدية وغير هذه لبورات كسير البورات التكبسية التى تظهر عقب الالتئاب البريتونى المنتشر البطئ السير

واما الالتئاب البريتونى المزمن الذى يشاهد فى سن الطفولة ويكون مصاحبا للدرن المعوى والمسايرى فقد شرحه المعلم (هينوخ) فى كتابه على امراض البطن السقلى شرحاينا فقال ان الاطفال الذين يصابون به يكونون ذوى بنية نحيفة خنازيرية ويظهر وجود الحديدان المعوية او السلى المسايرى عندهم بسبب نقص الغذاء الذى يحصل لهم زمانا فزنا والاسهال الذى يعقبه الامساك وقدم الصفاة وعند البحث الجيد عن البطن الذى يفتى فيه الالتئابات الى عدم اعتبار زيادة حساسيته علامة دالة على الالم يشاهد كثرة تالم البطن فى اصفار متعددة عند الضغط بل قد تحصل الآلام فيه عن مجرد انقباضات العضل البطنية بحيث تلجئ الاطال للصراخ عند فعل المجهودات الاعيادية لتبرز

والنخافة عند مثل هؤلاء الاطفال تتقدم تقدم ما عظيم جداً في أشهر قليلة
وتنور الحنجرة المسماة عادة وحيدة تنوتر بطن شياً فشيئاً بحيث يكسب
شكل كرايا وتنوتر جدر البطن وتصير لماعة ويوجد فيها أوعية ووريدية متعددة
وعند الضغط على البطن في هذا الزمن يوجد شديد التالم ويحس فيه بمقاومة
ذات مرونة وعند القرع على هذا التجويف توجد اما أصمجة في الاصغار
للمهدة يتغير وضعها باختلاف وضع المريض وهذا يدل على وجود انسكاب
سائب في البريتون أو أنه يوجد عند القرع صوت أصم في جميع امتداد البطن
بسبب التجذاب المهيمن نحو انعود الفقرى بالتصاقات المسارية وبذلك
يلامس الانسكاب الجدر البطني وفي معظم الاحوال يكون صوت القرع
ممتلئاً طليماً في محاذاته المهي وأصم فقط في محاذ الاصغار التي فيها النضج
السائر ومن جميع ماذ كرناء من الاعراض تدل معرفة هذا المرض
الذي هو كثير الحصول جداً وينتهي على الدوام انهما مخرنا ما بنفسه أو
بعضا عنه

واما التهاب البريتون المزمن الجزئي الذي كثير ما يشاهد آثاره في الخانة
على شكل سماكة أو التصاق أو انكماش يذى في البريتون كما كة البليورا
أو التصاقات الخموله يتم بكيفية كامننة كالالتهاب البليوراوى الذي ينتج
عنه تغيرات مماثلة لذلك وبينه لا يمكن شرح صفة هذا لشكل من الالتهاب
البريتونى المزمن

(تشخيص)

اختلاط الالتهاب البريتونى بغيره من الامراض ليس كثير الوقوع فان كلا
من شدة حد اسبسية البطن عقب النخاع القليل واتفاخه الطلي والحنجرة في
الشكل الحاد منه يكاد يستدل منه دائماً على حقيقة التشخيص وقيل يحصل
بعض تعمير في تشخيص شكل هذا الالتهاب متى كان ناشئاً عن تنقبقرحة
معدية أو اثني عشرية قبل معرفته من قبل فان كلاماً من تغير الصلابة وبرودة
الجلد وصغر النبض وانخساف البطن وغير ذلك من اعراض الانحطاط
العام الثقيل يعلن بوجود مفعص شديداً كثر من دلالاته على وجود الالتهاب
البريتونى الجاد لكن متى يثقف الطبيب وعلم ان علامات كل من التقرح

المعدى والاثني عشرى قد تكون خفية جدا والتفت اشدة حساسة البطن
عند الضغط الذى يشاهد في هذا الشكل من الالتهاب البريتونى من الابتداء
أمن من الوقوع في الخطا والالتباس في التشخيص

وقد يتغيب على الطبيب التمييز بين المغص واحتباس الحشرات الصفراوية
او البولية وبين الالتهاب البريتونى ومع ذلك لا يوجد في الحقيقة عسر في
التشخيص التمييز بينهما الا في الاحوال التي يوجد فيها مثلا عند الاستيريات
الام عصبية مسارية بقتة مصحوبة بازدياد حساسية في الجدر البطنية او متى
وجده مغص روماتيزمى او مغص حصوى صفراوى وكان المراق الايمن شديد
الحساسية جدا عند الضغط وفي مثل هذه الاحوال ينبغي انتظار تقدم سير
المرض قبل الجزم بالتشخيص واما باقى الاحوال المشابهة لذلك فغير ابلل
علم حساسية البطن عند الضغط ولا سيما الراحة التي تحصل للمرضى منه على
حقيقة التشخيص

(الحكم على الداقبة)

هلاله أغلب المرضى المصابين بالالتهاب البريتونى ليس صادرا على الدوام من
عدم تحمل الجسم للالتهاب البريتونى بل من كون هذا المرض يكاد يتعلق على
لدوام باصابات جرحية خفيفة أو أمراض ثقيلة لتدم أو بظهوره في أشخاص
مرضى من قبل ذات مقاومة ضعيفة ولذا اذا نشأ الالتهاب البريتونى عن
أسباب مماثلة للأسباب التي تحدث أغلب التهابات البليوراوية كانت
بلا شك أجدد عاقبة من التهاب البليوراوى وكذا كثيرا ما ترى شفاء التهاب
بريتونى الروماتزمى الذى لا يظهر عنه إلا أشخاص السليمين الا ظهورا
استثنائيا خصوصا عند السامة الطمث كما تاتنا هذه بكرة شفاء الالتهاب
البريتونى الذى يضاعف الالتهاب القولونى الناتج عن تجميع المواد الدائرية
والفتوق المحتقة متى أسكن إزالة الأسباب الناتجة عنها هذا المرض بسرعة
ويوجد أيضا شكل آخر قليل الخطر من هذا المرض وهو الالتهاب البريتونى
الزمن المحدود الذى يضاعف التهابات المزمنة للاحشاء البطنية
واستحالاتها المرضية ولربما قيل ان حصول ذلك بمجهود خلقى طبيعى لاجل
تجنب عوارض ثقيلة

والاعراض التي تتعلق بمباشرة خطر الالتهاب البريتوني هي في ابتداء المرض كل من التمدد الغازي للبطن وظواهر عسر التنفس المرتبطة به فبقي اشتد كل المرض أكثر تقلباً في آخر سيره لا سيما في الاحوال المستطيلة يحكم على شدة خطر المرض وعدمه بهذه السدة الحكي ودرجة قوى المريض المتعلقة به وحالة تغذيته العامة

(المعالجة)

أما المعالجة السببية فانه في الاحوال التي يكون فيها الالتهاب البريتوني ناتجا عن احتباس المواد الثقيلة وتقرح تاجي في المعى سيما الالتهاب الامعوي البرازي او عن اختناق فتق تستدعي معالجة المرض الأصلي في الحالة الاولى وعلمية اطلاق الفتق في الحالة الثانية واما باقي احوال الالتهاب البريتوني الاخرى فلا يمكننا فيها اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية ومع ذلك فنحن الاثنى هنا ذكره معالجة الثقبات المعوية بواسطة الاقيون بمقدار عظيم متكرر فان المعالجة بهذه الكيفية غايتهما إيقاف جركات الامعاء منع الامساك المواد المتسببة لسطح عظيم من البريتون وتجنب انسكابه في البطن خصوصاً ما كانت المعى المنقبضة منعزلة عن باقي تجويفه بواسطة التصاقات والتقويم الطبيعية فربما يحتاج هذه الطريقة اذ كثيراً ما شاهدت في الاحوال التي يتبع فيها بلان هذه الطريقة طريقة علاجية عرضية لاجل مقاومة الامساك بواسطة الحرقن والمسهلات ان الالتهاب البريتوني الذي كان محدوداً ابتداءً او كان حقه أن يبقى على هذه المثابة صار منتشر اسرع عاماً لجميع البريتون ويعطى الاقيون في مثل هذه الاحوال من نصف قنينة الى قنينة كل نصف ساعة في الابتداء ثم فيما بعد يصير اعطائه نادراً

وأما معالجة المرض نفسه فقد اختلف فيها في هذا العصر رأى الاطباء اختلافاً عظيماً فان كل مريض كان يعالج سابقاً بحسب الصناعة بواسطة القصد العام ويستقرغ منه من رطل الى اربطال من الدم ثم يؤمر به بوضع لعلي بكمية عظيمة على البطن مع اعطاء الزئبق الخلو بمقدار قنينة الى اثنتين بعد مضي ساعتين والاستمرار على ذلك بالمرهم الزئبقي بكمية عظيمة على جدر البطن والفخذين لاجل نقوذجر عظميم من الزئبق في البقية بدون توق لحمل

العلق فهذه هي المعالجة التي كانت متبعة عموماً ومع ذلك فكان يهمل من
المرضى عدد عظيم ولم يلتفت الاطباء لعدد الذي شق من هذا المرض بالمعالجة
المذكورة

وهذه المعالجة وان لم تكن ذات نجاح عظيم الا انه لا يعسر علينا اثبات كون
الطريقة القديمة غير عقلية فضلا عن كونها مهلكة فانه عند فتح جثة
الهالكين بالالتهاب الرئوي المصوب بنضح غزير نجد ان الرمة خالية بالكلية
عن الدم بسبب هذا النضح ولم يفعل للمرضى استقرائات دموية عظيمة كما
انه عند فتح جثة الهالكين بالالتهاب البريتوني الذين كان علاجهم حسب
الصناعة نجد ان القلب والاوعية الغليظة مشحولة على كمية من الدم قليلة
جدا بحيث يمكن نسبة الموت للمعالجة أكثر من نسبتها لنفس المرض وان
نضم الى ذلك كون المشاهدة الاكلينيكية والتجارب العديدة دلت على
ان فقد كمية عظيمة من الدم هذه الوضع لاتي النقص من الامابة بالالتهاب
البريتوني النفاث عند سلطان حي النفاث وان جميع الاسباب المضرة
التي يمكن ان تحدث بالالتهاب البريتوني يظهر تأثيرها المضر في الضعفاء
المهينين كاقوياء الامة امكثنا ان نضرب صفحا عن اقامة ادلة أخرى تضاد
فعل الاستقرائات الدموية (وسياق ان الدلالة المرضية لهذا المرض
تستدعي احياانا الالتجاء الى الاستقرائات الدموية) والا نعتقد الاطباء
ان الاستحضارات الزئبقية ليس لها تأثير مضاد للالتهاب ولا لتعضون ونحن
لا نحكم بانه أقل ماضا لاجابة الى الاستعمال الزئبق الحلو والمرهم الزئبق
في معالجة الالتهاب البريتوني بل الظاهر ان تعاطي هذا الزئبق فضلا عن عدم
نفعه مضرا اذا اعطى منه مقدار سهل وعكس ذلك يقال في الاستقرائات
الدموية الموضعية ولا شك في كونها ذات تأثير جيد ولو بالنسبة لتنقيص آلام
المريض وهذه النتيجة تحصل عليها ولو كان الالتهاب البريتوني ناتجا عن
تنقبقرحة معدية وهناك طريقة أخرى ذات تأثير مشابه لما تقدم بل لها
تأثير جيد في الالتهاب نفسه وهي الوضعيات الباردة ففي أمكن المرضي تحملها
وجب تغذية البطن برقائق مبللة في الماء البارد وتغيير كل عشر دقائق انما
يتأسف من عدم تحمل المرضى الوضعيات الباردة على الدوام وهذه المعالجة

التي أوصى بها البركري وكبوش وغيرهما من الأطباء كثيرا ما ينتج عنها نتائج
جيدة في الأحوال التي يرجى شفاؤها غير أنها تفضل عنها في الاستعمال
الوضعية الباردة على البطن أو الوضعيات الزبينة القاترة الخفيفة لسهولة
تحمل المرضى لها دون الوضعيات الباردة وفي عصرنا هذا يحتاج المعالجة
بالأفيون في التهاب البريتوني الناتج عن التثقب والتأكد من أن الأجزاء
الملتصبة تحتاج لراحة في هذا المرض قد جعل للأطباء دسوخ قدم في الأقدام
على استعمال هذا الجوهر الدوائي في جميع أشكال التهاب البريتوني ونحن
على رأي من قال إن النجس المعالجة في التهاب البريتوني هي الاستفراغات
الدورية الموضعية على البطن بإرسال العلق مرة أو عدة مرات والوضعية
الباردة عليه واستعمال الأفيون من الباطن هي المعالجة العقلية الأكثر
نجاحا في التهاب البريتوني وإن هذا الجوهر رابطة جيدة جدا في جميع
أشكال هذا المرض فإن التضخم الالتهابي الذي هو مهيئ التهاب شديدا لا يصح
بالحرارة الباردة المعوية أجزاها معوية ثم تكون ملتصبة فإن أمكن إيقاف تلك
الحركات الباردة المعوية بواسطة الأفيون أمكن تجنب سبب رئيس في
امتداد التهاب وإن استطاعت عدة المرض ونجس المرض وتجمع الصديد
في بورات منفصلة ينبغي المداومة على الضمادات القاترة وفتح الخواج بسرعة
عند ظهور التوجع وهذه المعالجة نفسها تستعمل في التهاب البريتوني
المزمن إنما في هذا الشكل يوصى أيضا باستعمال المركبات اليودية من الباطن
واستعمال صبغة اليود على البطن مسابا بفرشة

وأما المعالجة العرضية فتستعمل في الأحوال التي فيها يظهر اللون السيانوزي
بسرعة وخصوصا التي يوجد فيها عسر في التنفس القصدي العام والتي يوجد
فيها علامات الاوذيميا في المصوص العليا من الرئة القصودون كان لا يزال
الطمار المهدي لحياة المريض الا وقتيا لكنها لا تعرف واسطة أخرى أقوى منه
لأجل مقاومة هذا المرض واستعمال زيت الترميتين من الباطن كما
يستعمله الانكليز لا يكفي في إزالة الحالة الطبيعية للبطن التي هي السبب
الابتدائي لعسر التنفس العظيم ومثل ذلك يقال في الجواهر التي اشتهرت
بانها تنقص الغازات أو تعادلها أو تطردها وينبغي رفض بزل البطن بواسطة

بازلة رفيعة متى أمكن اخراج العازات بواسطة قساطير عظيمة مرنة تدخل في
المستقيم

وأعظم واسطة لمقاومة التي الذي يحصل في هذا المرض هو تعاطي قطع صغيرة
من البلاستيك وأما لاسالك فلا ينبغي مقاومته إلا بعد زوال الالتهاب
بواسطة مسهلات لطيفة جدا

وأما الالتهاب الذي يكون ناتجا في الغالب عن ارتشاح الغشاء المخاطي المعوي
ارتشاحا اذنيماويا فيقاوم بالاميو والقواض وان لم ينتج تأثيرهما في
العاب وفي الاحوال المرضية التي فيها الحى تضعف قوى المريض بالكلية
ينبغي ان يعطى له كميات الكينا بمقدار عظيم وفيهذا الكينا بمقدار قليل
خصوصا مع تعاطي الاغذية المقوية المسهلة الهضم
(المبحث الثاني) *

(في الاستسقاء الباطني المعروف بالزقي)

(كيفية الظهور والاسباب) *

يوجد في الاستسقاء الزقي تجمع ارتشاح في البريتون يشابه تركبه منخلاات
الارتشاحات الطبيعية للجسم والاسباب التي ينتج عنها ارتشاحات زقية في
البريتون هي عين الاسباب التي ينتج عنها تزايد الارتشاحات في اجزاء اخرى
من الجسم وهي تنحصر في التزايد الضغط الباطني للدم على جدران الاوعية
وتناقص كمية المادة الزلاية لمصل الدم والاستسقاءات المرضية لبريتون

ثم ان الاستسقاء الزقي كثيرا ما يكون من جملة ظواهر الاستسقاء العمومي
المعروف بالاستسقاء الجسمي سواء كان الاخير ناتجا عن مرض في القلب
أو في الرئتين يعوق رجوع الدم الوريدي الى القلب أو كان متناظرا استسقاء
مرضيه في الكليتين والحبال وغيرهما من الاعضاء يعقب فقر الدم وفي جميع
هذه الاحوال لا يحصل الاستسقاء الزقي الا بعد ولاتا عينا عقب ظهور
اعراض الاستسقاء العمومي فلا يظهر الا بعد حصول ارتشاحات مصلية في
المسوح الخلوي العام تحت الجلد (اي الاستسقاء الجسمي) والاطراف
والوجه ونحو ذلك وفي احوال اخرى يكون الاستسقاء الزقي نتيجة ركود
الدم ركودا محدودا في اوعية البريتون واحتباسه فيها وحيث ان ذلك

لا يتأق الا عن عاتق في دورة الوريد الباب في الواضح ان الاستسقاء لزق قد
يوجد بدون ظواهر استسقاءات في أعضاء أخرى ويصحب بانفراده بعض
أمراض الكبد أو أوعيته

وبالجملة قد يكون الاستسقاء الزق خصوصا شكل الاستسقاء المنيق
أو البثق أو متعلقا باستحالة مرضية محددة في البريتون سيما التوالدات
المرضية أو السرطانية أو الدرقية لهذا الغشاء والطاهر ان السرطان الهلامي
هو أكثر أشكال السرطان استعصايا بالاستسقاء الزق العظيم
(الصفات التشرحية)

كمية المادة المصلية المرتشحة في الجوف البطني تختلف اختلافا عظيما
فقد تكون بعض احوال في بعض الاحوال وقد تصل الى أربعين وطلا أو تزيد
في أحوال أخرى ولون السائل اما ان يكون صافيا ومتعكرا متعكرا خفيفا
لاختلاطه باخلية بشرية مكابدة لاستحالة ولونه يكون أصفر قاقعا كثيرا للزال
والاملاح ولا يحتوي الا على قليل من ندف لبقية ومتى عرض السائل المتفرز
من البريتون المكابدة لاستحالة مرضية الى الهواء تكون فيه واسب من
مواد لبقية منه قدرة والبريتون يظهر كأيام بيضا والطبقات السطحية للكبد
والطحال تكون باهتة للورق قليلا وقد تظهر خالصة عن الدم ضامرة بسبب
الضغط عليها من السائل العظيم وقد يكون الحجاب الحاجز احيانا منه ندفعا الى
أعلى انه قاعا عظيما بسبب تجمع السائل في البطن بحيث يصل الى الضلع
الثالث أو الثاني

(الاعراض والسير)

يعبر شرح اعراض الاستسقاء الزق وما ذالك الالكون هذا المرض لا يستقل
بنفسه ولكن اعراضه الخاصة لا يمكن اقرارها عن اعراض المرض الاصل
الابكيفية تصنعية

ومتى انضم الاستسقاء الزق الى الاستسقاء العمومي فالغالب ان تكون
الاعراض المحسوسة للمريض واهية في الابتداء بالنسبة لباقي مكابداته بحيث
لا يلفت الى حصول الاستسقاء الزق الا فيما بعد بواسطة العلامات الطبيعية
وعكس ذلك يقال في شكل الاستسقاء الزق الذي يصاحب اضطرابات الدورة

البولية والاستحالات المرضية البريتون فان في مثل هذه الاحوال قد يأخذ
ضمور الكبد الخلقى او سرطان البريتون في الظهور بالاستسقاء الرقى بحيث
يستدل من زيادته التدريجية ومن الاضطرابات التى يحدثها على المرض
الاصلى ولو كانت كمية السائل المتحصرة فى البطن قليلة فالمرضى لا تشكى
الا باحساس امتلاء البطن وتضيق الملابس ويحصل فى آن واحد عوق
خفيف عند الشهيق العميق ومتى ازدادت كمية السائل ازداد أيضا
الاحساس بامتلاء البطن بحيث يصير متورما ولما وضيق النفس القابل
يزداد أيضا بحيث يحصل صعوبة فى التنفس والضغط الذى يحدثه السائل على
المستقيم يمكن ان يحصل منه امساك وتجمع الغازات فى البطن المسبب عن
ذلك يزيد فى ضيق النفس أيضا وكثيرا ما يحصل تناقص فى الافراز البولى بسبب
ضغط السائل على الكليتين والاعوية المارة فيها وقد استقر الاعتقاد زمننا
طويلا بان المدرات البولية بعد أن فقدت خاصيتها تعود لها عقب بزل
البطن وتوجيه هذا الاعتقاد بهذه الكيفية من الخطا بل ان ازدياد الاستسقاء
الرقى فى حد ذاته عائق من عوائق الافراز البولى وانه متى زال هذا العائق
سهل الافراز البولى فإيا ثم ان الضغط الذى يحدثه السائل التزيرى فى الوريد
الباب والاوردة الحرقضية ينتج عنه صعوبة فى دودة او ردة الاطراف السفلى
والاعراض التناسلية الظاهرة وجلد البطن وبذلك يوجه تعدد اوردة هذه
الاجزاء والارتشاح المصلى فى منسوجها الخلوى تحت الجلد الذى قد يكون
عظيما جدا بحيث يخفى المرض الاصلى ولذا ينبغي للطبيب التأكد بالسؤال
من كون الاتفاخ ابدأ فى الاطراف السفلى او الصفن او فى البطن
ثم ان جميع المرضى المصابة بالاستسقاء الرقى تكون فى حالة خطيرة لكن
يستدرأ ان تموت من الاستسقاء الرقى نفسه بل الغالب ان يكون هلا كهام من
المرض الاصلى الذى نتج هو عنه وقد يسرع الانتهاء الحزن بعسر التنفس
او بالسلسلات والغنغرينات السطحية التى تظهر أحيانا فى الصفن أو الفخذين
بسبب تورم الجلد وتورعظها

ثم ان البحث الطبيعى للبطن ذو أهمية عظيمة فى تشخيص الاستسقاء الرقى
فيوجد مجرد النظر تعدد فى البطن وتغير مخصوص فى شكله فانه متى كان

الارتشاح متوسط الكمية يختلف شكل البطن وأوضاع الجسم المختلفة بحيث اذا بحث عن المريض وهو جالس وجد النصف الاسفل من البطن بارزا وعند استلقائه يصير البطن اكثر عرضا

واذا كان لا ارتشاح غزير اجد اوجدا البطن متورجا جدا في جميع الاتجاهات بحيث يصل التور الى الاضلاع فتشاهد الاضلاع الكاذبة مشدقة الى الخارج وحينئذ لا يتغير شكل البطن بتغير أوضاع المريض ومتى كان الاستسقاء الزقي واضحا جدا يكاد يشاهد تشجرات ويريدية من رقة كثيفة متفرعة في جلد البطن المسترق وتبرز السرة وتوجد خطوط في جدر البطن ناتجة عن تباعد الألياف الادمية ينبج عنها حوز وريضا مائلة للزرقة ترى من خلال الادمية كالخزوز التي في جدر البطن الناتجة عن تمددها جدا مدة الحمل

ومتى ارتفع السائل المتجمع في البطن عن الخوض أحس بتورج واضح عند وضع راحة اليد على جهة من البطن والقرع بأنامل اليد الاخرى على الجهة المقابلة لها قرع اسريعاصوت القرع يكون فارغا بالكلية أعنى ذا أصمبة تامة في جميع المحال الملامس فيها السائل جدر البطن ومجلى هذه الاصمبة يختلف بالزيادة والنقصان على حسب وضع المريض فان السائل يجلى لان علا الأجزاء المنحدرة للبطن ما عدا الأحوال التي يكون فيها سطح المقدم من البطن ذا أصمبة في جميع امتداده عند القرع
(التشخيص)

لاجل تميز الاستسقاء الزقي أعنى الارتشاح السائب في البريتون عن الاستسقاء المبيض المتكيس فيبقى التأمل السكلى في معرفة تاريخ المرض بالبحث الجيد عن المرض والوقوف على حقيقة الاسباب الناتج عنها هذا المرض فان الأحوال التي يظهر فيها الاستسقاء المبيض المتكيس تكون مجهولة والذي يعلم في الغالب ان هذا المرض كثيرا ما يظهر عند النساء الجيدات العضة بدون وجود مضاعفة بامراض أخرى وينعكس ذلك في الاستسقاء الزقي فحيث يمكن التأكد من سبق عدم وجود تغير ما في تركيب الدم او دورته بسبب تجمع السائل في البطن كما تقدم وأمكن ايضا ان

وجود استعمال مرضية في البريتون دل هذا في الاحوال المشكوك فيها على
وجود استسقاء متكيس في المبيض وليس زقيا واعتبار هذه الامور واجب
اذ هناك أحوال فيها التخصيص التمييزي يقضي على الامور التي ذكرناها
والبحث الطبيعي لا يمكن الاستدلال منه بشئ ومتى كانت الايكاس المبيضية
صغيرة بشكلها الخاص وكذا وضع الكيس والتحول الجاني لقوة الرحم
واختلاف نتيجة القرع عند تغير اوضاع المريض فحينئذ يمكن سهولة تمييز
الاستسقاء الزقي المبيضي المتكيس عن الاستسقاء الزقي فعلا لكن في
الاحوال التي فيها يكون نحو الكيس عظيما جدا يفقد الشكل الخاص
للورم ويمتد الى الجزء المتوسط من البطن ويندفع الرحم الى أسفل بثقل
الكيس ويوجد عند القرع صوت أصم يمتد على جميع الجهة المقدمة من
البطن تشبه بالكليّة الاستسقاء الزقي الذي ازداد زيادة عظيمة وفي مثل هذه
الاحوال يقضي الالتفات الى المسافة بين العرف الحرقفي والضلع الثاني عشر
كما نبه عليه الطبيب (بامبرغر) حيث قال يوجد في هذه المسافة الصوت الطبلي
الحجى الغليظ ولو كان الورم عظيما جدا ولا يوجد ذلك في الاستسقاء الزقي ومع
ذلك قد يفقد هذا العرض ايضا

وبعد معرفة الاستسقاء الزقي يجب على الطبيب معرفة السبب الناجم عنه
وقد ذكرنا فيما تقدم ان الاستسقاء المذكور يكون من جملة الطواهر
المتعلقة بالاستسقاء العموي ولا يكون مطلقا عرضا ابتدائيا له وعلى ذلك متى
ظهر الاستسقاء الزقي عند مريض غير مصاب بالا وذيعا في اجزاء أخرى كان
هذا الاستسقاء ناتجا عما عن عروق في الدورة الوريدية البوافية او عن استعمال
مرضية في البريتون وكثيرا ما يمسر علينا تمييزها بين الحالتين عن بعضها
لكننا قد كررنا عند وجود ظواهر عروق سير الدم في جذور اخرى في المجموع
الوريدي البوابي أو ظهور اضطرابات في وظائف الكبد يستدل من ذلك على
الشكل الاول وانه بالعكس عند وجود علامات كاشكية واضحة
او وجود سرطان او درن في اعضاء اخرى خصوصا وجود اورام في البطن
يستدل من ذلك على معرفة الشكل الثاني

* (المعالجة) *

تستدعي دلالة الاستسقاء الرقي متى كان هذا المرض أحد ظواهر الاستسقاء
العمومي وكان ناتجا عن عرق في استقراغ دم الاجوفين معالجة امراض
القلب والرئتين السابق ذكرهما مرارا

واذا كان الاستسقاء الرقي متعلقا بجموعة عظيمة في الدم وجبت معالجة
المرض الاصل الناتجة عنه فهو كذا والاجتهاد في تحسين حالة الدم وليس لنا
قدرة على اتمام الدلالة الاولى واما الثانية فيمكن التعشم في اتمامها مع النجاح
فيما اذا نتج الاستسقاء عن الحيمات المتقطعة او عن البول الزلالى او الذى
يصاحب نقاهة الامراض الثقيلة وبهذه الكيفية يحصل على نتيجة اكثر
عما اذا استعملت المدرات البولية بدون تمييز ولا يمكننا مطلقا فتح سبيل الوريد
الباب او الوريد الكبدي عند انسداد او انضاغاطه او ارجاع مرونة الكبد
عند انكماشه وضموه الناتج عن ماضيق الاوعية الكبدية في المرض المعروف
بالسبروز الكبدي كما انه ليس لنا قدرة على اتمام الدلالة السميكية في احوال
الاستسقاء الرقي الناتج عن استئالة مرطانية او درنية في البريتون واما دلالة
معالجة المرض نفسه فتستدعي تبعيد السائل المتجمع في البطن وفي العادة
تعطى المدرات البولية تقريرا لجميع المرضى المصابة بالاستسقاء الرقي لكن
عدم شئ بهذه المعالجة واه جدا بحيث لا يعد شئ

واذا كان الاستسقاء الرقي متعلقا باستسقاء عمومي فلان مانع من استعمال
المدرات البولية واما ان كان ناتجا عن انسداد في الوريد الباب فللاوجه
الاستعمالها كما اذا استعملت في اوديميا الماقي الناتجة عن انسداد الوريد
الفخذي واما المسهلات الشديدة فانها ممدوحة من مدة طويلة عند مشاهير
الاطباء اكثر من المدرات البولية في معالجة الاستسقاء الرقي وتأثيرها سهل
التوجيه ولوقى احوال انسداد الوريد الباب مثلا لانهم يتحدثون استقراغ
الجذور الابتدائية لهذا الوريد وبذلك يتفاد الضغط على جدران الاوعية
التي هو السبب الابتدائي للاستسقاء الرقي وعند اعطاء المسهلات تفصل
الشديدة منها في هذه الاحوال واكثر كيب يستعمل بنجاح في احوال
الاستسقاء الرقي حيوب المعلم (هيم) المركبة من الصمغ النقطي وبصل العنصل
وكبريتور الاتيمون المذهب وتستعمل المسهلات الشديدة مادامت قوى

المريض وحالة القناة الهضمية متحملة لذلك وأما ان انحطت قوى المريض
ونجح عنها جميع عظيم في القناة الهضمية وجب ترك الاستعمال وأما برل البطن
فهو عملية غير خطيرة وبها يستخرج السائل المتراكم في هذا التجويف
بسهولة وهذه العملية وإن لم تكن خطيرة كما ذكرنا وتيجتها واضحة إلا أنه
ينبغي الالتفات للتساقط المحزنة التي تعقبها فعلى الطبيب ان يلاحظ ان السائل
المستخرج ليس مجرد سائل مائي بل هو زلالى مصلى ويستعاض من الدم بعد
استخراجه برمن قليل يتجمع سائل جديد آخر وذلك يوجب تلاشى قوى
المريض ودمه

وقد دلت التجارب اليومية على ان التحافة تتقدم تقدماً عظيماً عقب اول
عملية بزل في البطن ولذا لا تفعل هذه العملية في الاستسقاء الزقي الا عند
وجود خطر عظيم يهدد حياة المريض عقب هوق التنفس او الخوف من
وقوع الجلده المتوتر وتوتر اعظم في الغنغرينا

• (المبحث الثالث) •

(في درن البريتون وصرطانه)

درن البريتون لا يكاد يحصل حصولاً اولياً مطلقاً بل يكون اما مضاعفاً للتدرن
الرئوى او المعوى أعنى للالتهابات ذات المحصلات الجينية في الرئة او المعى
اولتدرن الاعضاء البولية او التناسلية وفي احوال أخرى قد يكون درن
البريتون ظاهرة من بجملة ظواهر الدرن الدخنى الحاد وليس للشكل الاخير
اهمية اكلينيكية فانه لا ينتج عن التراكمات الدرينية الصغيرة الشفافة في
جوهر البريتون اعراض وليس لها تأثير واضح بالنسبة لسير الدرن الدخنى
الحاد وكذا التوالدات الدرينية الصغيرة المبيضة التي توجد في الطبقة المصلية
الخفيفة للمعى فوق القروح المعوية الخنازيرية فانها ذات اهمية تشر بجملة
مرضية لا اكلينيكية واما الدرن المبيض المنطيس الحجم الذى يتولد بكمية
عظيمة على سطح جميع البريتون فله اهمية عظيمة فيما ذكر والاجزاء المحيطة
بكل عقدة درنية على حدها تكون مرتفعة بالدم او تستقبل المادة الملونة
لدم المتسكب الى مادة بجمتية فيها ط هذا الدرن الايض بها التمسودة
والغالب ان يكون السرب منعطفاً نحو الاعلى وصرعاً بالدرن ومكوناً

لحوية بارزة ذات تحدبات ويكون البريتون في هذا الشكل يقطع النقرة عن التولدات الحدرية واقفا في حالة كثافة ونخن النهائي ويوجد في تجويفه كمية عظيمة من السائل تكون احيانا دموية

وكذا سرطان البريتون ينفردان يحصل كمرض اولي ذاتي بل يكاد يعتمد اليه في جميع الاحوال من الاعضاء المجاورة كالكبد والمعدة واعضاء الاناث التناسلية ومن النادر ان يعتمد اليه من المعى وكل من الاسكروس والسرطان الصماحي يحصل غالبا على شكل نتحيات او عقد عديدة في حجم الحصص منتشرة على جميع سطحه وانهم ما يحصلان على شكل استئصال سرطانية مطعمية منتشرة في جواهر البريتون واما السرطان الهلاكي فلهي تكون عنه اورام عظيمة جدا تعتمد وزياذة على هذه الاورام التي يكون مجلسها السرب غالبا تكون اغلب اعضاء البطن والوريقة الجدرانية من البريتون مرمومة بتعقدات صغيرة هلامية وفي هذا الشكل تكون العرا المعوية ملتصقة ببعضها والسائل المختوى في تجويف البريتون يكون انذاك منكيسا

ثم ان الظواهر المرضية التي يصطب بها كل من درن البريتون وسرطانة تشابه بالكلية ظواهر الاستسقاء الزقي البسيط والعرض المهم هو تعدد البطن بالتدريج بالسائل المتزايد المتجمع في تجويف البريتون وكل من الاحساس الشديد للبطن بالضغط الذي يفقد في غير هذا الشكل من الاستسقاء الزقي وكذلك سوء القنية المربع الظهور وقد اسباب أخرى من اسباب الاستسقاء الزقي هو الذي يحكم به فقط مع التقريب على وجود استئصال سرطانية بريتونية واما وجود الورم والاحساس به فهو الذي يحكم به على ما ذكر بالتاكيد كما أن شكل الورم وامتداده وسن المريض وظهور درن او سرطان في غير البريتون من الاعضاء هو الذي يحكم به على وجود احدي هاتين الاستئصالتين المرضيتين

(في امراض الكبد والمسالك الصفراوية)

*(الفصل الاول في امراض الكبد) *

*(المبحث الاول في الاحتمقان الكبدي) *

(كيفية الظهور والاسباب)

كمية الدم المحتوى عليه الكبد قد تزايد بازدياد ورود الدم الى هذا العضو
او يعوق استقراره منه ويسمى الاحتقان في الحالة الاولى بالاحتقان
التواردي وفي الحالة الثانية بالاحتقان الاحتسابي

وليعلم ان الاحتقان التواردي للكبد قد ينشأ اولاً عن ازدياد قوة الضغط
الباطني للدم على جدران الوريد الباب وهذا الاحتقان يحصل في الاحوال
الصحية مدة كل هضم فان دخول السوائل الاثمة من الامعاء في الاوعية
الشعرية المعوية تزيد في مقصّل الاوردة المعوية وبذلك يكاد يحصل هذه
الاوردة مغطاً كثرشدة فيندفع نحو الكبد بقوة تزايد. وهذا الاحتقان
التواردي الفسيولوجي يجاوز الحدود الطبيعية عند الاشخاص المفرطين
في المأكل والمشرب ويكثر مراراً وتستطيل مدته فينشأ عنه تمدد مستمر
في الاوعية الكبدية واحتقان فيها لجميع الاحتقانات التي تتردد جملة مرات
وقد ينشأ الاحتقان التواردي ثانياً عن ككون الاوعية الشعرية لهذا
العضو التي تجدها مسنداً ونقطة ارتكاز في الحالة الصحية في جوهر الكبد
تمدد عقب استرخائه فلا يكون لها قدرة على مقاومة عود الدم الوارد اليها
كالحالة الصحية وبهذه الكيفية تحصل الاحتقانات التي تظهر عقب آفات
جرحية في الكبد وفي مجاورة التهابات والتولدات الجديدة في هذا العضو
ومن الجائز ان الاحتقانات الكبدية الناشئة عن الافراط في المشروبات
الروحية تعتبر من هذا القبيل فانه في جميع هذه الاحوال يحصل تهيج
في الكبد وتناقص في تماسك جوهره لان الكحول يصل الى الكبد ابتداءً
بواسطة الوريد الباب ويظهر ان التأثير الاول للمهيج ماهر تنويح في مقاومة
جوهر العضو المهيج بحيث يحصل تناقص في مقاومة هذا الجوهر عقب تأثير
مهمج ماهر هذا التوجيه الموافق للملاحظة ثبت ثبوتاً واضحاً عند التأمل
في تأثير الحرارة على الجلد الظاهر وهذا وان كان نظرياً الا انه مطابق بالاكتر
لدرجة التي عليها المعارف الفسيولوجية والطبية الا ان وثائقنا الاحتقانات
الكبدية التي تشاهد بكثرة في احوال تسمم الدم بتأثير المياسم خصوصاً
المياه الاتجارية والاحتقانات الكبدية التي تشاهد في البلاد الحارة
ومنشأ هذا الاحتقان لم يتضح الى الان ان كان متعلقاً باسترخاء في الجوهر

الكبدى او شلل في الالياف العضلية للاوعية الالمانية بالدم او بتغير جوهرى
في جدر تلك الاوعية وغير ذلك من الاسباب (كحصول غيرها من الاحتقانات
والتغيرات الجوهرية التى تشاهد في باقى الامراض التسممية العمومية)
ومن جملة الاحتقانات الكبدية التواردية الخفية التوجيه الاحتقانات
الكبدية التى تظهر عند بعض الساقيل الحيز وتشتد اشتدادا عظيما
عند انقطاعه

واما الاحتقانات الاحتباسية للكبد فهى أكثر حصولا من احتقاناته
التواردية وحيث ان الدم الذى يعود من الكبد الى الوريد الكبدى يمر من
مجموع شعري مزدوج فالضغط الواقع على جدر الاوردة الكبدية يكون
ضعيفا جدا ومن جهة اخرى الوريد الكبدى ينفخ في الاجوف السقل
في محل ذبه استقراغ الدم في الحالة الطبيعية لا يكاد أدنى مقاومة بحيث
ينصب الدم بسهولة في الاجوف الاسقل ومنه في الاذين اليمين الخالى عن الدم
سيما انه عند فعل حركات الشهيق ينضرب الدم نحو الصدر وهذه الشروط
العصية المساعدة جدا لمرور الدم من الاوردة الكبدية متى اضطربت
وكادت أدنى عائق من انسداد دم الوريد الكبدى في الاجوف الاسقل نتج
عن ذلك تجمع الدم في الكبد واحتقانه احتقانا احتباسيا ولا يشترط أن يكون
العائق عظيما فان الضغط الباطنى الواقع على جدر الوريد الكبدى ضعيف
جدا بحيث لا يكون له قدرة على قهر ادنى عائق

فحينئذ الامور التى يترتب عليها حصول الاحتقانات الاحتباسية في الكبد
هى اماتغيرات تعوق استقراغ الاذين اليمين واماتغيرات بها يتعذر انجذاب
الدم نحو الصدر وقت الشهيق ولذا تشاهد الاحتقانات الكبدية الاحتباسية
اولا في جميع امراض الصمامات القلبية سيما صمامات الجزء اليمين من
القلب ثم الصمام القلسوى ثم الصمام الاورطى والتغيرات المرضية لهذه
الصمامات اذا تأخر حصول الاحتقانات الكبدية الاحتباسية فيها وتقدم
يكون متعلقا بحصول التضامة القلبية المعادلة حصولا تاما او غير تام واستمرار
التأثير المعادل لهذه التضامة فمناطقها لا وقصيرا
ناتية تحصل الاحتقانات الكبدية الاحتباسية في جميع الاصابات الجوهرية

للقلب وغلافه التي تعوق استقراغ دم الاوردة العظيمة الانقبضة من جميع اجزاء الجسم وهذا أمر سهل التوجيه

ثالثا تحصل الاحتقانات الاحتباسية الكبدية من ضعف حركات القلب وبطئها بدون اصابات جوهرية مدركة فيه كما يحصل ذلك في الدور الاخير للأمراض المنهكة الحادة وفي الهوك المزمنة فان تأثير مثل القلب ابتداء بالنسبة لتوزيع الدم هو عين تأثير الاستحقالات المرضية لجوهر هذا العضو

رابعا كثيرا ما تحصل الاحتقانات الكبدية من الامراض الحادة والمزمنة للرئتين التي ينتج عنها اضواء الوعية الشعرية الرئوية وانه غاطها اذ بذلك يتراكم الدم في القلب الايمن والاجوف السفلى كالانفيخا الرئوية والالتهاب الرئوي الخلاق وانضغاط الرئة بواسطة الانسكابات البليوراوية ونحو ذلك

خامسا قد تنشأ الاحتقانات الكبدية الاحتباسية عن انضغاط الوريد الاجوف بواسطة أورام لاسيما بواسطة أورام زما الاورطى
(العقبات التشريحية)

الكبد يختلف اتها اخيه على حسب درجة الاحتقانات وهذا الاتفاق قد يصل الى درجة عظيمة جدا ولا يتغير شكله في هذا المرض وانما ترايد الجسم يحصل بالاكثر على حسب قطر مهكلاط ولومقي كان الاتفاق عظيما جدا صار غلاف الكبد أملس لماعا متوتراتوتر اعظيما وازدادت مقاومة الكبد وعند شقه بالمشرط مثلا يسيل الدم من سطح الشق بكمية عظيمة وسطح الشق اما ان يظهر ملونا بلونا اسمر داكن او يكون صقيعا كما يكون في الاحتقانات الاحتباسية المزمنة وفي هذه الحالة الاخيرة توجد اصفرادات لون اسمر داكن وهي عبارة عن الاوردة المركزية المتعددة وابتداء آت الاوردة الكبدية وهذه الاصفرات تكون اشكالا مختلفة على حسب اتجاه الشق وتميز هذه الاصفرات عن اصفرات اخرى اقل دموية وود كنه وهي عبارة عن انتها آت الوعية الوريد الباب وهذه الهيئة المبقعة التي كانت سييا في تسعة هيئة الكبد هذه بالهيئة الجوزية للكبد اي الشبيهة بجوز الطيب بعد شقه تكون

كثيرة الوضوح متى كانت الاصفار القليلة الدم المحيطة بالاوردة المركزية
 المتدفقة ذات لون كثير الاصفرار بسبب احتباس الصفراء فيها واحتباسها
 في مثل هذه الاحوال اما ان يكون متعلقا بماهية النزلية في المسالك الصفراوية
 ناتجة عن احتقان الغشاء المخاطي لهذه القنوات او بعائق في استقراغ
 الصفراء ناتج عن ضغط الاوعية الصغيرة المتدفقة على القنوات الصفراوية
 او عن حالة النهاية النزلية في الغشاء المخاطي الاثني عشرى ناتجة عن نقص
 الاسباب التي احدثت احتقان الكبد

ثم ان الكبد الذي يكون حجمه ابتدا متزايدا يمكن ان يتناقص بالتدريج شيئا
 فشيئا ويكتب هيئة حبيبية بحيث يمكن اختلاطه عند البصع بمجرد النظر
 بالكبد الحبيبي وشكل هذا الضمور الكبدي يسمى شكل الضمور الكبدي
 الجوزي وكل من الضمور والهيئة الحبيبية للكبد ينشأ كما قاله (فريركس)
 من تعدد الاوردة المركزية للفصيصات الكبديّة والاعوية الشعرية المتجمعة
 بها اعتمادا ينشأ عن الضغط العظيم الواقع على باطنها من احتباس الدم فيها
 فيحدث من ذلك ضمور في الخلايا الكبديّة الكثيفة في الهالات التي بين فروعها
 وعند ضمور هذه الخلايا يحمل محلها منسوج رخو كثير الدم متكون من اوعية
 شعرية متعددة ومن منسوج خلوي جديد التكوين وهذا التوجيه ليس
 أكيدا او بالاقول انه غير تام فانه بماول منسوج خلوي جديد و اوعية شعرية
 متقدمة محل الخلايا الكبديّة لا يمكن ان يصغر حجم الكبد قصرا لكبد لا يطرأ
 ولا بد لاعتق انكماش المنسوج الخلوي الجديد التكوين بحيث يصير
 حجمه صغيرا جدا والظاهر كما قاله (ليبرمستر) أن تكون جوهر خلوي حول
 الاوردة المركزية في الاحتقانات الاحتباسية لكبد مبق على نظريات فرضية
 لاعلى مشاهدات لاواسطية بل هذا الملم وجد في شكل ضمور الكبد الجوزي
 ان غموا الجوهر الخلوي يحصل حول الاوردة بين الفصيصات كما يحصل ذلك في
 سبوز الكبد ويؤدي احياا الى تكون جوهر خلوي بين الفصيصات
 الكبديّة فتكون اوضاعها لا يوجد مطلقا في كبد الاشخاص السليمين

• (الاعراض والسير) •

احتقان الكبد ليس له اعلامات محسوسة للمريض ولا مذكرات للطبيب مادام

قلب لا وجم هذا العضو ليس متزايداً متزايداً واضحاً متى انتفخ الكبد انتفاخاً
 عظيماً فالمرضى يمس بامتلاء عظيم في المراق الايمن وهذا الاحساس كثيراً
 ما يتزايد بحيث يشبه الاحساس بالنور المتعب الذي يمتلئ هذا المراق الى
 جميع محيط القسم العلوى من البطن والضغط الذي يمس به في المراق الايمن
 او الاحساس يشبه منطقة صلابة محيطة بالجسم وضيق التنفس هما
 العلامتان اللتان يشكو بهما في الغالب الاشخاص المصابون بمرض في
 القلب كما ان مكابدات المصابين بالاقهزاء الرئوية او سروز الرئة او الاحديداب
 يحصل فيما تناقل عظيم متى ازداد حجم الكبد واحتقن والمرضى المصابون
 باحتقان الكبد وانتفاخه لا يتحملون الملابس الضيقة عند ازدياده لانه يمنع
 الشهيق العميق ومتى انضم الى الاحتقان الكبدى احتباس خفيف في
 الصفراء بالاسباب الموضحة فيما سبق فنتج عن ذلك رقان خفيف وحيث ان
 لون الجلد عنده هو لا المرضى يكون على العموم من رقاً (حيانوزيا) بسبب
 عوق استقراغ الدم الوريدي يشاهد ظهور رتلون مخضر واصفر لهؤلاء
 المصابين بامراض في القلب قبل الموت بقليل ولا ينضم للاعراض المذكورة
 والعلامات الطبيعية المعتادة بتزايد حجم الكبد وظواهر مخصوصة تعلق
 باضطراب وظيفة هذا العضو مادام الاحتقان بسيطاً وبقطع النظر عن كون
 ازدياد افراز الصفراء أو تناقصه الحقيقي لا يمكن معرفته بمادة الحياة لم يمكن
 (فريركس) لتحقيق من ذلك في جثة الهالكين بالاحتقانات الاحتباسية
 الكبدية العظيمة وانما وجد هذا الشبه أحياناً ان الصفراء محتوية على مواد
 زلالية والمرضى المصابة باحتقانات كبدية يكادون يشكون على الدوام
 باعراض أخرى فيعترهم آلام في الرأس واضطراب في الهضم وعدم انتظام
 في التبرز وبواسير وقحو ذلك وهذه المكابدات ليست نتيجة للاحتقان
 الكبدى فاما ان لا تكون متعلقة به بالكلية أو انها متعلقة بالسبب الذي
 ينتج عنه احتقان الكبد وهو الغالب ومن المعلوم ان امراض القلب لا ينتج
 عنها فقط احتقان الكبد بل ينتج عنها أيضاً التزلة المعدية والمغوية وكذا
 الاقراط من الماء كل ينتج عنه أيضاً كل من هذين المرضين بل كثيراً ما تظهر
 التزلة المعدية المغوية قبل الاحتقان الكبدى ويظهر أنه يحصل عكس ذلك

في الاحتقانات الكبدية التي تحصل بكثرة في البلاد الحارة جداً بتأثير السم
الأسجاني غالباً فان هذه الاحتقانات تبدى باضطراب عموماً عظيم جداً او
آلام شديدة في الرأس واستفراغات صفراوية غزيرة بالقيء والاسهال وبخروج
مواد مخاطية مدعمة غالباً بالبحرمة التسببها الآن بمجموع اعراض هذه الاحوال
المرضية غير المعروفة تماماً بالدقة يدل على ان الاحتقان هنا ليس مجرد احتقان
بسيط بل انه يوجد معه اقراض مرضي في الكبد غير متعلق باحتقانه او ابتداء
تغير مادي تقيس في الكبد لا يند أن يتمد فيما بعد والظاهر أن الاحتقان
الكبدى في مثل هذه الاحوال المرضية ليس الاظاهرة من جهة ظهور
اصابة مرضية مصيبة لجميع الاحشاء البطنية خصوصاً القناة الهضمية وهذه
الاصابة توجه الاضطراب العام وغير من الاعراض المذكورة سابقاً أكثر
من توجهها بالاحتقان الكبدى

وبالبحث الطبيعى يعرف بسهولة ازدياد حجم الكبد حتى وصل الاحتقان الى
درجة عظيمة الشدة وحيث ان العلامات الطبيعية الدالة على ازدياد حجم
الكبد أول ما ستذكر هنا وجب علينا بيان بعض أمور قبل ذكرها
فنقول

لاجل الاستدلال على تزايد حجم الكبد يبحث عنه اولاً بالنظر ثم باللمس ثم
القرع

فبالبحث بالنظر وجد عند رتبة فاح هذا العضو اتساعاً عظيماً ورفى المراق
الايمن عند اجهة اليسار ويمتد تحقيقاً تدريجاً بجهة الاسفل ونصف الصدر
الايمن الذي يزيد في الحالة الطبيعية عن النصف اليسار بنصف قيراط الى قيراط
يكون كثير التمدد في جزئه السفلى والاضلاع السفلى يمكن ان تندفع الى
الخارج بالكبد المتزايد الحجم وتقارب من بعضها وحافتها السفلى تندفع الى
الامام

واللمس يتعبر بالكيفية باقتباس عضلات البطن الذي يحصل عند عدم التآني
والدقة في البحث فان بعض الاطباء الغير المتمرنين يظنون وجود او ورام في
الكبد عند اللمس بسبب اقتباس بعض أجزاء العضلة المستقيمة البطنية
الحدودة بالتدوير الوترية ولذا لا ينبغي البحث باللمس عن المراق الايمن والمرضى

جالس أو واقف بل ينبغي استانقاؤه على ظهره وتقريب الفخذين من الخوض قليلا كما أنه يؤمر المريض بالتنفس بكيفية منتظمة وصرف فكره عن البحث بالأسئلة من الطبيب وفي كثير من أحوال استفاخ الكبد الذي يعرف أكيدا بالقرع وان وجد فيها بالجلس مقاومة عظيمة في المراق الايمن لا يمكن معرفة حافة الكبد معرفة تامة وذلك يحصل عندما تكون مقاومة الكبد المتفتح غير متزايدة خصوصا عندما تكون متناقصة وفي أحوال أخرى وهي التي يكون الكبد فيها متزايدا في المقاومة والاستفاخ فالجلس فيها لا يدل على درجة عظم حجم هذا العضو فقط بل وعلى شكل حافته وسطحه أيضا

واما القرع فهو الواسطة الطبيعية المهمة جدا في معرفة استفاخ الكبد ولأجل تحديد الحد العلوي من الكبد لا يرتكن الى صوت القرع القليل الاصمبة الذي يشاهد في الاصفار التي توجد فيها طبقة رقيقة من الزئبق بين الكبد وجدرا الصدر بل يرتكن الى الصوت الاصم التام الذي يسمع في الاصفار التي فيها يلامس الكبد جدرا الصدر مباشرة فحينئذ مذكرا الحد العلوي من الكبد فالمراد منه حد الاصمبة الناعمة لصوت القرع وهذا الحد لا يعاير الصفر الا كثر ارتفاعا من الكبد الاثنو ثلاثة سنتيمترات ويكون في الاحوال الطبيعية أسفل حافة الضلع السادس في الخط الشدي ويسقط الى الضلع السابع عند الشبهق العميق ثم يصعد الى الضلع الخامس في الزفير التام وفي الخط الابطن يكون هذا الحد في محاذاة الضلع الثامن واما يقرب العمود الفقري فيكون في موازاة الضلع الحادي عشر وفي الخط المتوسط من البطن لا يمكن تحديد هذا الحد الكائن في موازاة متصل المعلقة الخفجيرية مع القص تحديدا تاما لان أصمبة الكبد تحتل في هذا الصفر بأصمبة القلب واما الحد السفلي للكبد فإنه في الاحوال الطبيعية في الخط الشدي يصل الى الحافة السفلى من قوس الضلع الاخير أو أسفل من ذلك بقليل وفي الخط الابطن يكون أعلى الضلع الحادي عشر واما في الخط المتوسط فإنه يوجد وسط المسافة الكائنة بين المعلقة الخفجيرية والسرة ومن الخلف أي بجوار العهود الفقري لا يمكن تحديد هذا الحد مع التأكيد وعند النساء الاطفال يكون هذا الحد أعلى حافة الاضلاع بقليل بسبب قصر مدورهم وكل من الحافة

الحادة للكبد المجاوزة قوس الاضلاع ببعض ستيمترات وانقص اليسارى من
الكبد لا يحدث اصمبة واضحة في صوت القرع متى كان الكبد غير مستكانف
والبعد الكائن بين الحد العلوى وحده السفلى في الخط الاندي ٩ ستيمترات
و ٥ ملليمترات وفي الخط الابطى ٩ ستيمترات و ٣٦ ملليمتر وفي الخط
القصى ٥ ستيمترات و ٨٣ ملليمتر وذلك بحسب القياسات التى فعلها
العلم (فريركس) فى ٤٩ شخصا من سن ٢٠ الى ٤٠ سنة ومتى عظم حجم
الكبد صار صوت القرع فى المراق الايمن والقسم الشراسيضى أصم فى امتداد
عظيم وهذه الاصمبة تصير قليلة الوضوح أو تزول بالكلية بالقرب من حافة
الكبد وينبغى معرفة هذه الظاهرة حتى لا يعلم ان الكبد اصغر حجما مما هو
عليه فى الحقيقة ولا ينبغى تشخيص اتفاخ الكبد وازدياد حجمه من الاصمبة
الممتدة فى المراق الايمن الا من بعد التيقن من عدم اندفاع هذا العضو الى
اسفل وقد ذكرنا فيما تقدم الامور المهمة التى ينبغى عليها التشخيص الفيزي
بين عظم حجم الكبد وندفاعه وزيادته على ذلك قال الكبد قد يلامس جدار البطن
فى امتداد عظيم بدون ان يعظم حجمه وذلك بان يسقط ويميل الى اسفل
ما يضغط يقع على الجزء السفلى من تجويف الصدر او باسترخا فى جوفه
كما قاله (فريركس) او بان يكون ذا شكل غير طبيعى وأكثر الاشكال غير
الطبيعية حصولا ما يشاهد عند النساء بسبب الهصر الشديد للملابس
ولاستعمال الاربطة القوية للملابس فان الكبد بهذا الضغط المستمر الواقع
عليه يحصل فيه تفرطح عظيم جدا وتزدحم تحت مجاوز حافة الاضلاع بحجمه
اصابع بدون ان يعظم حجمه بل ربما يصل فى أحوال نادرة الى العرف الحرقفى
وينبغى الالتفات الى تغير وضع الكبد وشكله حتى يمكن التحقق من نتيجة
البص بالعلامات الطبيعية

واما اتفاخ الكبد الاحتقانى فنم الشادر الحكم به بمجرد النظر وبالقرع
توجد اصمبة عظيمة ممتدة من المراق الايمن الى المراق الايسر بسبب ازدياد
سموكة الكبد وممتدة أيضا من أعلى الى أسفل بحيث تصل أحيانا الى السرة
وبالجس يحس بحافة الكبد احساسا واضحا بسبب ازدياد مقاومته ولا يوجد
فى هذا الشكل الاحتقانى ادنى تغير فى شكل الكبد ولا لاسه سطحه ومن

الامور المشخصة لاحتقان الكبد السهلة التوجيه هو تزايد حجمه وواقعه
 بسرعة أكثر منه في جميع استقائاته
 ومن المستغرب ان الصفة المرضية للضهور والجوزي من الكبد لم يلتفت
 اليها حق الالتفات الا في العصر الاخير خصوصاً من العالم (بيرميستر)
 والطواهر الخاصة بهذه الصفة المرضية يمكن ايضاً حياها بما رتبه وهي
 ان المرضى تكون مصابة بمرض في القلب وان في جاراته او غيرهما من
 الامراض الرئوية التي بها يفاق انصباب الدم في القلب الايمن ويكون هذا
 العائق الدوري قد أدى عندهم لانتفاخ في الكبد وسيلان في روافدها عام
 وتكون الطواهر الاستسقاءية كما هو العادة في امراض القلب والرئتين
 مبتدئة بالاطراف السفلى ثم تمتد الى الجواريف العلوية وعند التقدم في السير
 يكون قد اعتري الحالة المرضية تغير بحيث يظهر ان الاستسقاء الرقي اوضح
 من الاستسقاء العام وانه يسبقه حتى يمكن شفاء ما عداه من طواهر الاستسقاء
 العام مدة من الزمن بالو. ابط العلاجية اللاتقة وعند البحث عن الكبد
 يوجد انه متناقص في الحجم بالنسبة لما كان عليه وأن حافته السفلى اكثر
 ارتفاعاً بقدر جلة أصابع عما كانت عليه قبل يعض اسابيع او اشهر
 ولا يندر أن يصل الاستسقاء الرقي الى درجة عظيمة جداً مع قاء الاستسقاء
 العمومي على حالة مناسبة بحيث يلجأ الى فعل البزل وفي الاحوال التي
 شاهدها هو كان فيه عند وجود امراض في القلب او الرئتين عدم تناسب
 بين الاستسقاء الرقي والعمومي مع تناقص واضح في انتفاخ الكبد وفيه يمكن
 تشخيص الضهور والجوزي للكبد لم يجد تزايد في حجم الطحال وتوجيه هذه
 الطواهر عند التأمل بالدقة لهذا الضهور ليس فيه صعوبة فان الجوهر
 خلوى من الكبد المتكسب يضغط على الاوعية فيسبب ان الدم من الاوردة
 البريتونية يكون حثيثاً عموماً بكيفية مزدوجة اعني باقعة القلب
 او الرئتين او بالضغط او بعبء الكبد انما عدم عظم حجم الطحال يظهر أنه
 مخالف لما هو الواقع في مثل هذه الاحوال فانه بالضغط الاوعية الكبدي
 يكون انه تغرغ دم الطحال عموماً وحيث كان يوجد في سير وزال الكبد الذي
 يكون فيه احوال مشابهة له يكثر وجود الطحال مقدداً على الدوام وعظم

يجمعه فينب عاده لاحتباس الدم في الوريد الطحالي وسأفكم عند الكلام
على سيرور الكبد واحتقان الطحال على هذا الامر المتناق بحسب
التظاهر

* (المعالجة) *

دلالة المعالجة السيئة تستدعي استبعاد الامور التي تساعد على حصول توارد
الدم نحو الكبد واحتباسه فيه فالاختقانات التواردية الكبدية الناتجة
عن الافراط من المأكول والمشرب تستدعي تدبير اغذية لطيفة والناتجة عن
الافراط من المشروبات الكحولية تستدعي منع تعاطي المشروبات المذكورة
بالكلية ومن جهة المعالجة السيئة تغير الهواء بالانتقال من اقليم الى آخر
للأشخاص القاطنين في البلاد الحارة او المشحونة بالميازما الاجامية متى
حصل لهؤلاء الأشخاص اختقانات كبدية متكررة وعند ظهور اختقانات
تواردية نحو الكبد قبل حصول العاث عند النساء او متى لم يظهر الطمث في
الوقت المعتاد فينبذ تستدعي المعالجة السيئة وضع العلق على عنق الرحم
او الحجاب المشربطية على الوجه الانسي من التخزين واما في الاختقانات
الكبدية الاحتباسية فالغالب انه لا يمكننا انقام ما تستدعيه المعالجة
السيئة وان امكننا انقام ذلك فالغالب ان الذي تقاوم به المعالجة يفعل
بقصد اضطرابات اخرى دون الاحتقان الكبدى فاثان اجرينا فعل القصد
مثلا في الالتهاب الرئوى واحد ثانيا ذلك تطفيف في الاحتقان الكبدى فلا
يكون هذا المرض الاخير هو الذى استدعى القصد بل الذى استدعاه
الاحتقان الاحتباسى في الدماغ وغيره من الاسباب

واما دلالة معالجة المرض نفسه فيستعمل فيها كثيرا ارسال العلق على قسم
الكبد لكن هذه الطريقة ليست عقلية وقليلة التأثير وقد اجاد المعلم
(هينوخ) حيث قال ان وضع العلق على القسم الشراسيفى في مثل هذه
الاحوال كوضعه على قبضة اليد ومفصل قدم بل ينبغي وضع العلق حول
السرة متى كانت اعراض الاحتقان الكبدى مشددة وواضحة فان ارسال
العلق على هذا الصغر يجذب الدم من الاوعية المتغمة بمجذور الوريد الباب
وبذلك يخفف الضغط الواقع على جذر الاوعية فيقنأ قص وروده نحو الكبد

والمسيلات اللطيفة خصوصا الاملاح المتعادلة لها تاثير مماثل لذلك فانها تحدث استقراغ الاوردة المعوية بسبب جذب كمية عظيمة من السائل منها فيضعف الضغط الباطن الواقع على جدار الوريد الباب والمرضى المصابون باحتقانات كبدية اعتيادية فينجع عندهم استعمال معالجات مخصوصة بالمياه المعدنية كماء اومبرغ وكسجين وماريه باد فان الاملاح التي تدخل في باطن الجسم في هذه الينابيع يمكن تحمل تاثيرها بدون ضرر ومن اطول بلا

*** (في التهابات الكبد) ***

لاجل سهولة دراسة التهابات الكبد يميز لها خمسة اشكال وسنشرح كلا على حدة مفصلا فنقول اما الشكل الاول فيحصل فيه الاضطراب الغذائى الالتهابى في الحويصلات الكبدية نفسها وهذا الشكل يسمى بالالتهاب الكبدى الجوهرى والتقيحى بسبب سهولة انتهائه بتكون الخراجات الكبدية واما الشكل الثانى فيصيب فيه الالتهاب المنسوج الخلاوى القليل الذى يتد من محفظة جالسون الى باطن الكبد مع الاوعية الدموية ونتيجة هذا الالتهاب غموض المنسوج الخلاوى ثم انقباضه انقباضا اندسيا فمما بعد يسمى هذا الشكل بالالتهاب الكبدى الخلاوى وعند انتهائه بالانكماش يسمى بسرور الكبد واما الشكل الثالث فقيه يحصل من جهة فساد محدود في الجوهر الكبدى ومن جهة أخرى غموض المنسوج الخلاوى حول الاجزاء المتسدة وهذا الشكل يسمى بالالتهاب الكبدى الزهرى نظر السببه الاصلى واما الشكل الرابع فقيه يكون الالتهاب (أقله في الابتداء) قاصرا على جدار الوريد الباب فيسمى بالالتهاب الكبدى الوريدى الباب واما الشكل الخامس فهو الذى يسميه الان اغلب الاطباء الضمور الحاد للكبد وهو مرض فيه يحصل تضخم بين الاخيلة الكبدية يفتح عنه ضمور هذا العضو في أقرب وقت ويصطبغ بريقان كثير الشدة ولا تسكلم على هذا الشكل الخلف من الابدع العذو وعلى معرفة غيره من أمراض الكبد التى تصطبغ باليرقان وتكون سهله المعرفه

*** (المبحث الثانى) ***

(في الالتهاب الكبدى الجوهرى أو التقيحى)

(كيفية الظهور والاسباب)

التغيرات التي تحصل في هذا الشكل تصيب الاخيلة الكبدية تبعاً للمعلم (ورجوف) فانها تنفخ في الابتداء وتنضج فيها مادة لزالية ثم تتلاشى هذه الاخيلة فيما بعد فينتج عن ذلك قلاش أيضاً في جوهر الكبد وبذلك يظهر مسافات خالية مملئة ببقايا التسوج الكبدي المتلاشى وأما (ليرميستر) فانه يقول ان التغير المرضي في هذا الالتهاب يتبدى من التسوج بين الخلايا وأن تلاشي الخلايا الكبدية أمر ثانوي ثم ان أسباب هذا الالتهاب ليست واضحة بالكلية وهو مرض نادر الحصول في البلاد المعتدلة وبشاهد بكثرة في المناطق الحارة كالهند الا أنه بولغ في كثر وجوده هناك ومما يعده من الاسباب المتقدمة لهذا المرض

اقول ان خروج الكبد ورضه لكن ذلك نادر الحصول فان (بود) لم يجد هذا السبب المرضي في ستين حالة شاهدها وجمعها الامر واحدة ثانياً وقوف التجمعات الحصى بفتحات الزوايا في المسالك الصفراوية وهذا نادر أيضاً

ثالثاً وجود تقرحات وتغيرات غشائية في الاحشاء البطنية فكثيراً ما شوهدت ضائقة هذا المرض للقروح المعدية والمعدية وقروح الحويصلات المرارية كما انه قد شوهد حصول الالتهاب الكبدي القيحي عقب عملية الفتق المختق او عمليات جراحية أخرى في المستقيم وفي جميع هذه الاحوال يغلب على الظن ان هذا المرض حاصل بواسطة السدد السيارة من فروع الوريد الباب وانه قد انتقل جواراً أخرى مهيبة مضررة الى الكبد بواسطة دم الوريد الباب وان لم يمكن إقامة البرهان القطعي المثبت لذلك مع التاكيد الى الآن وان كان المعلم (بود) كغيره من المؤلفين يفسب هذا الالتهاب الكبدي في البلاد الحارة جداً كرومن المعلوم انه يتبدد حصول هذا المرض حصولاً أولاً بل الغالب ان يكون حصوله تابعياً للدوسنتاريا المتسلطنة تسلطنة اموضعية في البلاد الحارة جداً لكن لم يثبت ثبوتاً كلياً في هذا الشكل الاخير ان الالتهاب الكبدي ناتج عن مرور جراثيم متغفرة من الغشاء المخاطي المعوي او السائل العفني المعوي في باطن الكبد بواسطة

الوريد الباب كما انه لم يثبت أيضا ان الدوسنطاريا هي السبب الوحيد للالتهاب الكبدى في البلاد الحارة بل عدم مضاعفة الالتهاب الكبدى للدوسنطاريا الوبائية في البلاد الباردة ولوالق يوجد فيها تغرغمة وفي الغشاء المخاطى وفساد في متحصل الامعاء من الامور التي تظهر أنها تافى رأى المعلم (بود) وغيره

رابعا يعده من الاسباب المتعمدة للالتهاب الكبدى الجوهرى الآفات الجرعية والغرغرية والسدد والانتانات الوريدية للأجزاء الدائرية للجسم وفي توجيهه هذا الشكل الذى يسمى بالالتهاب الكبدى الانتقالى بعض عسر كوجهه الشكل السابق وظهور خراجات استقلابية في الكبد عقب تقرحات غرغرية دائرية تلجنا الى الظن بان السدد الدموية (تعا) لما ذكرناه في الآفات الاستقلابية للرئة) تافى وتسدد قريعات الشريان الكبدى بعد المرور من الاوعية الشعرية الرئوية وينبغى لنا ذكر هذا الشكل والتنبيه على عسر توجيهه والسفبا تباين الرأس والكبد الذى قيل بها كثيرا في الزمن السابق ينبغى الآن توجيهها بان جروح الرأس الشاذة الى جوهر العظم تحدث بسهولة عظيمة تغيرات استقلابية في أعضاء أخرى خصوصا الكبد

* (الصفات التشريحية) *

الالتهاب الكبدى الجوهرى لا يكون مطلقا منتشرا في عوم جوهر الكبد بل يظهر على القوام على هيئة بورات منعزلة تكون تارة عظيمة وتارة صغيرة وكثيرا ما لا يوجد منها الا بورة واحدة وفي بعض الاحوال يوجد الكبد موشحا ببورات عديدة ومن النادر اماكن البعث المنتشر يحى عن الكبد وهو في الدور الابتدائى من هذا الالتهاب فوصف الاجزاء الملتصبة حيث تغلبها ذات لون مجردا كن ذات مقاومة وبروز قليل عن سطح الكبد المحتقن مأخوذين قينا من المقارنة بالتهار، أعضاء أخرى لامن المشاهدات وتوجد في ابتداء الالتهاب الكبدى وسط الكبد المحتقن اصفا مغيرة للون مصفرة رخوة تلبس بالخرجات الكبدية متى كانت يقرب السطح الظاهر من الكبد وقد شاهد المعلم (ورجوف) في هذه المواضع المتغيرة بالمكروكوب ان خلايات

الكبد تظهر كاية او شفاة حميية وعددها متناقص ومتشرب بين الخلايا
الكبدية السليمة مادقة مائية ذات حبيبات رفيعة جدا أو كثر من ذلك حصولا
عدم امكان البحث عن الالتهاب الكبدي التقيحي في دور يكون أكثر
تقدما فيوجد فيه حينئذ خراجات كجسم حصة او بيضة الدجاجة ومتى
اختلفت هذه الخراجات بعضها وتقدم تقيج الكبد نتج عن ذلك بووات
عظيمة غير منتظمة متعرجة يمكن ان تكسب امتدادا عظيما جدا وهذه
البووات تكون مخاطبة منسوج كبدي كالب آخذ في التلاشي والاضمحلال
ومحتوية على صديد قشلي كثيرا ما يكون مخضرا بواسطة اختلاطه
بالصفراء

وخراجات الكبد يمكن أن تكون ناقبة متى امتد التهابك الى السطح الظاهر
والثقب اما ان يحصل في تجويف البطن او في جداره اذا تكون التصاق
كاف بينه وبين الكبد وفي أحوال أخرى قد ينصب الصديد في تجويف
البؤرة وذلك اذا التصق الكبد بالحجاب الحاجز وقد شوهد أحوال نادرة
فيما قد ينفخ خراج الكبد ما في التامور او في المعدة او في الامعاء او
الحويصلة المرارية بل وفي الوريد الباب والاحواف السفلى

وفي الاحوال الجسيمة التي فيها يعيش المريض بعد افتتاح الخراج الكبدي
يمكن ان تتقارب جدران الخراج لبعضها ثم تكون منسوج خلوي ندي فشا
عنه فيما بعد أثره النمام صلبة تحتوى في الغالب على مواد صديدية متكاثفة
او مستحيلة الى مادة طباشيرية بل وفي بعض الاحوال التي فيها لا يحصل تثقب
يمكن ان يتكون في جدار الخراج وحوله غمق خلوي عند استئصاله مدته فيصير
سطحه الباطن املس ويتكيس الصديد ويتكاثف شيئا فشيئا باحتصاص
أجزائه السائلة ويانكس المنسوج الخلوي المحيط بالخراج يمكن ان يتناقص
حجمه شيئا فشيئا ولا يبقى الا منسوج ندي صلب محتوي على مادة طباشيرية
(الاعراض والسير)

الشرح البسيط الذي يذكر في الالتهاب الكبدي التقيحي لا يوافق غالبا
الا لالتهاب الكبدي الجرحي والناجم عن احتباس الحصىات الصفراوية
كنايه على ذلك المعلم (بود) مع ان هذين الشكلين اندمجا من غيرهما حصولا كما

ذكرناه اذ من المعلوم انه متى حصل ألم شديد في الكبد عقب رض على قسم
هذا العضو وموثر شديد آخر وانفتح الكبد وصار مجلساً لا لام شديداً
واصطب مجوع هذه الاعراض يسمى قوة واضطراب بني ثقيل كان
تشخيص هذا المرض سهلاً

وبعكس ذلك متى ضاعف التهاب الكبد تغيرات مرضية تشكوكية كما اذا
طرا هذا الالتهاب على الدوسنطارياً أو عقب تقرحات دائرية أو جروح الرأس
أو عمليات جراحية والملاحظات الاكلينيكية العديدة التي ذكرها كل من
بود واندرا ل عبارة عن مجموع احوال فيها لم يعرف خراج الكبد المتكون
بهذه الكيفية بالكلية أو لم يستدل عليه الا فيما بعد وفيه الظن بطرق
الالتهاب الكبدي عند وجود التقرحات المعوية المزمنة والالتهاب الاغوري
الدائري وماما نلها من التغيرات المرضية وعقب بعض العمليات الجراحية
المفعولة في المستقيم والبلطن متى أحس المريض بقشعريرات وانفتح الكبد
وصار مؤلماً وانضم لذلك يرقان لكن ليس عرض من هذه الاعراض قار
الوجود فان الاحوال التي فيها تفقد الظواهر الموضعية لمرض الكبد عند
وجود تغيرات اتقالية آتية من قوا الاعضاء البطنية تكون كثيرة الحصول
كاحوال التغيرات الاتقالية للربتين التي تسير بدون ان ينتج عنها آلام في
الصدر وقت مدم وكذا كل من القشعريرة والحصى يمكن ان يكون علامة
على مرض آخر غير الالتهاب الكبدي التآبي فلا ينبغي اعتبار ما ذكره علامة
أكيدة قاصرة على هذا المرض ومن العسر معرفته طرق الالتهاب الكبدي
على الدوسنطارياً الوطنية فانه في هذا المرض الاخير لا يندر أن يكون الكبد
منقحاً مؤلماً بدون ان يكون مجلساً التغيرات التآبية والحصى في هذه الحالة
لا تدل على شيء فان الدوسنطارياً في حد ذاتها مرض يصطب بحصى واليرقان
يفقد في كثير من الاحوال وان وجد في أحوال أخرى فلا يكون علامة
أكيدة الا على التهاب الكبد أو كثر الالتهابات الكبدية عسراً في التشخيص
تشخيص الالتهاب الكبدي الحقيقي الذي يظهر عند وجود التقرحات
الدائرية والعمليات الجراحية ولا يكون في هذه الاحوال الاظاهرة من
ظواهر المرض المعروف بالتسمم الصديدي للدم اذ في مثل هذه الاحوال

لا تشكى المرضى التي تكون مضطربة الدماغ وفي القحطاط عظيم بالام في قسم الكبد كما ان كلا من القشعريرة والحصى الشديدة بل واليرقان مهما كثر وضوحه لا يدل دلالة أكيدة على اصابة الكبد وان انضم الى ما تقدم ان ازدياد حجم الخراجات الكبدية التي تتكون في الاعراض السابق ذكرها يكاد يحصل على الدوام يطة بدون ان ينتج عنه أعراض واضحة كان من الواضح انه كثيرا ما لا يظن او يتحقق من ان تلك التغيرات المرضية كانت مرتبطة بالتهاب كبدي الا بعد زمن طويل بسبب العفافة المستمرة وغيرها من مجموع الاعراض التي تستدكر فيما بعد

ثم ان الصفة المرضية الناتجة عن خراجات الكبد الاخذة في الازدياد شيئا فشيئا تختلف اختلافا عظيما فكاد يوجد في الغالب ألم أصم في المراق الايمن يتزايد بالضغط عليه وقد ينضم لذلك ألم مخصوص سفلي ترى في الكتف الايمن وكل من كمة حصول هذا الألم وأهميته في التشخيص قد يولغ فيه في الزمن السابق ويكاد يجاوز الكبد على الدوام حافة الاضلاع الكاذبة وفي الاحوال التي فيها تكون الخراجات الكبدية عظيمة متعددة والتي فيها يكون احتقان هذا العضو واصلا لدرجة عظيمة يمكن ان الكبد المتضاعف يحجمه يمدد الجهة اليمنى من الصدر ويبرز في المراق الايمن ويسقط الى أسفل في البطن ومتى كان مجلس الخراج في السطح المحدب للكبد وارتفع عن موازاته وجد احياها بالجلس بوزنات محبة قياسية بل يمكن ان يحس فيه بالتوج واليرقان ليس من الاعراض اللازمة للخراجات الكبدية بل يقع في معظم الاحوال فان احتباس الصفراء وامتصاصها المتعاقبهما وجود اليرقان يكونان اما نتيجة انضغاط القنوات الصفراوية او انسدادها بالكلية بواسطة تعقدات زلالية اوليضية

والخراجات الكبدية العظيمة يمكن ان ينتج عنها انضغاط فروع الوريد الباب بل والخراجات المتكونة في السطح المقعر لهذا العضو يمكن ان تضغط على جذع الوريد نفسه وكثيرا ما يوجد في مثل هذه الاحوال خلاف الاعراض السابق ذكرها انتفاخ في الطحال وضمح مصلي في البريتون ومادامت الخراجات الكبدية صغيرة الحجم فالحمى التي تعقبها لا تكون شديدة غالباً بل

كثيرا ما تنقبذ الكبدية وفي اثناء هذه المدة يكون اضطراب الحالة العامة
للمريض قلبلا وتبقى قوى المرضى ويظهر انهم مقتنعون بصحة مناسبة في
الظاهر بحالة مسنين لكن متى ازداد حجم الخراجات الكبدية وصار عظيما
استدلت الحى وحصلت قشعريرات زمننا فزمننا كما يشاهد في غير ذلك من
التقيصات المزمنة وتخطقوى المرضى وينتفكون فيها لك اغلبهم في هذه
الحالة باعراض الاستسقاء وهذا ما يسمى بالسل الكبدى

ومتى انتقب خراج الكبد وانفتح في تجويف البطن نتج عن ذلك التهاب
بريتونى يخافى به لك المريض فى اقرب وقت واذا حصل التصاق بين الكبد
والجدار المقدمه للبطن وهذا ولا ارتشاحها ارتشاحا وذيما او يصير فيما بعد
التهابا والتورج الذى كان قبل ذلك قليل الوضوح يصير بذلك سطحيا ويظهر
في جدار البطن ويرداد شيئا قريبا الى ان يشقها فينفتح الخراج واما اذا حصل
التثقب في الحجاب الحاجز فيشاهد اما ظهور علامات التهاب البلعور او
خروج نفث وهو الغالب من مواد صديدية ذات لون اسودا كنى او صمرو ذلك
بسبب كثرة التصاق وريقتى البلعور ايعضا ومنظر هذا النفث باقراده
كثيرا ما يكفى في تشخيص خراجات الكبد واما اذا حصل التثقب في التامور
فينتج عن ذلك التهاب تامورى يقال بصرعة واما اذا حصل التثقب في المعدة
فيشاهد خروج مواد صديدية بالقيء باللون السابق ذكره واما عند حصول
التثقب في الامعاء فيشاهد فيه اسهال صليدى ومتى خرج الصديد في فتحة
جدار البطن او انتقدف الى الخارج من المعدة او الامعاء او الشعب احست
المريض بالاراحة وتحسين عظيم لكن هذا التحسين لا يستمر ولا يبقى الا في
الاحوال المادرة التى تكون فيها الخراجات الكبدية ذات امتداد قليل
وكان استمرارها زمننا قليلا واما في اغلب الاحوال فيستمر الا فرار الصديدى
وتهلك المريض من اسمر والقبح عقب زمن كثير الطول او قليلا واما الانتهاء
بالشفاء عقب تكيس الخراج ويتناقص به منه تناسقا قدر يجتمع تكاثف
متحصلة فيه تمنع المواد ويندر اتباع سير هذا الانتهاء الجيد مع التأكيد
مدة الحياة

الاجتهاد في حصول تحليل الالتهاب الكبدي بواسطة وضع العلق حول
 الشرج والوضعية الباردة على المراق الايمن لا يفتح الا في الاحوال النادرة
 من الالتهاب الكبدي الجرحي واما عند تقدم المرض فالمستعمل بكثرة
 من الوسايط العلاجية هو وضع الحرارة بين على قسم الكبدي واستعمال الرقيق
 الحلو في الباطن ولو كان أساس انتشار استعمالهما غير قوي
 واما باقي اشكال الالتهاب الكبدي التقيحي فينبغي الاقتصاد فيها على المعالجة
 العرضية خصوصا وانها من النادر معرفة المرض قبل تكون الخراج ومن ترك
 استعمال المركبات الزئبقية من الظاهر والباطن بقصد مساعدة امتصاص
 التقيح ولو قيل ان المرضى المصابين بمرض الكبدي تحصل استعمال الرقيق
 الحلو بمقدار عظيم بدون خطر ومتى لم يكن الاحساس بالقروح وعدم فتح
 الخراج فينبغي الاقتصاد على حفظ قوى المريض بواسطة تدبير غذائي جيد مع
 استعمال المركبات الحديدية الخفيفة بل والتيد الخفيف ان احتجج لذلك وعند
 وجود القشعيرات فينبغي استعمال المركبات الكينية فان تأثيرها الجيد المضاد
 للحصى قد يتضح أيضا في هذا المرض انضاحا عظيما وحيث ذات التجارب هي
 ان خراجات الكبدي التي تنتهي بالشفاء هي التي يسيل منها بده فحشا صديد
 محتلط بالدم مع جزئيات من جوهر الكبدي الواقع في المتهتك وان الخراجات
 التي يسيل منها صديد جيد فضع لا تشفى مطلقا فمن الواجب التمسك به
 ان تقفخ الخراجات الكبدي بسرعة قبل تكون الغشاء المولد للصديد
 وتفتيته بل در البورة الصديدية ومن المعلوم في علم الجراحة ان قبل فتح
 الخراجات الكبدي فينبغي التمسك باحترامات مخصوصة وان يفضل استعمال
 الكاويات على المشروط ما لم يكن الطبيب متأكدا من وجود التصاق متين
 بين الكبدي وجدر البطن

• (تنبيه) • قد جرب الاطباء في الازمنة الاخيرة بط الخراجات الكبدي ببطا
 متكر رايا لا الفائدة الاستقصائية بقصد نزوح المواد الصديدية الجديدة
 التكوين وعدم بقائها وتكون بها البورات عظيمة الان هذه الطريقة ليست
 عامة الاستعمال ولم يؤيد الطب العملي الى الان نجاحها وانتشار استعمالها
 • (المبحث الثالث) •

(في التهاب الكبدى الخاوى المعروف بسيروز الكبد)

وبالاستحالة الحبيبية للكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

مجلس التهاب الكبدى الخاوى غلاف الكبد والمسوح الخاوى القليل
المكون لامتدادات المحافظ الجلوسية والمار من باطن هذا العضو صاحبها
لا وعيته وفي هذا الشكل لا يتكون نضج سائب في الكبد ولا تقبج
ولا انراجات فالتهير الالتهابي في هذا الشكل عبارة عن غمق المسوح الخاوى
بتكون عناصر خلوية جديدة تمن الموجد من قبل وكلما ازداد غمق هذا
المسوح ازداد اضمحلال الجوهر الخاص للكبد وتلاشه وفي الدور المتقدم
لهذا المرض يكاد هذا المسوح الجديد التكوين انكشاند يباين كمش به
جوهر الكبد تدريجيا ويضمحل بعض اجزائه وحينئذ تنسد الاوعية الدموية
والقنوات الصفراوية في امتداد عظيم ويضمحل معظم الاضية الكبدية
ويتلاشى

ثم ان المصح الذي يحدث هذا الالتهاب بكثرة هو الكؤل ولذا تسمى اطباء
الانكليز الاستحالة الحبيبية للكبد بكبد السكرى وبكبد شرابي (الجن)
(وهو مشروب وروح قوي التأثير جدا) وهذا المرض يكون في الرجال أكثر
منه في النساء وماذا لك الامن اختلاف الافراط فيعاذك باختلاف النوع
ويكون نادرا في الطولية والظاهر ان الاستئناآت الظاهرية تؤيد
القاعدة العامة في بعض الاحوال وذلك لان (وندرلش) شاهد أعراض
سيروز الكبد الواضحة جدا عند اثنين سن احدهما ١١ سنة والاخرى
١٢ فبالنقص الجيد ظهر له ان كلامهما كان يعطى الكؤل بجملة مدار
عظيم

وتعاطى الكؤل ليس هو السبب الوحيد في التهاب الكبدى الخاوى
فالاشخاص المصابون بهذا المرض والمنكرون اعتيادهم بتعاطى الكؤل
لا يعتبر جميعهم من المدمنين على السكر خفية وقد قيل ان مجرد الاحتقان
الكبدى الانتبائى كالمشاهد في المصابين بأمراض القلب يحدث التهاب
الكبدى الخاوى لكن الظاهر ان هذا القول مبني على الظواهر ناتجة عن

اختلاط شكل الضمور الكبدى فى كل من حالى الكبد الجوزية والحبيبية
والاسباب الاخرى المحدثه لهذا الالتهاب الكبدى الخلوى منهم مئة علينا وقد
ظن (بود) ان بعض الجواهر المهيبة التى تدخل فى المعدة كل يوم يمكن ان
يحدث عقب امتصاصه هذا المرض كما يحدثه امتصاص الكحول والتمبى
على مجرد نظريات فقط وقد شوهد ان السبب المهيج المحدث لهذا المرض فى
بعض الاحوال عبارة عن مجموع صوات صفراوية فانه عظم المسالك
الصفراوية العظيمة للكبد الحساب الواضح فيه صفات سبب وزال الكبد كان
عنتا بجمعات حجرية

(الصفات التشريحية)

فى الدور الاول من هذا المرض النادر فيه مشاهدة الصفات التشريحية
يكون هذا العضو متزايد الحجم خصوصا سمكه والمحفظة البريتونية تضيق قليلا
كأية اللون وسطح الكبد لم يزل مستويا الملس ما عدا بعض بروزات غير
منتظمة وعند التقطيع يظهر جوهر الكبد مرشحاً بمادة دموية رخوة ذات
لون سنجابي ضارب للحمرة تكسب الكبد هيئة لحمية وهذه المادة تشغل على
امتدادات دقيقة من المنسوج خلوى ضام وخلاقي كما يتضح ذلك من البعث
المكروسكوبى ويظهر فى وسط هذا المنسوج جوهر الكبد الاصلى على شكل
تصبغات قليلة الارتفاع

وأما فى الدور الثانى الذى يقب الاول بكمية تدريجية فقد شرحه الشهير
(روكنسكى) مع الايضاح قائلا ان الكبد يكون صغير الحجم عن الحالة
الطبيعية وشكله متغير بحيث تظهر حوافه مستديرة وتزداد قمتا حقي
نصير كمنظ خلوى غير محتوى على جوهر كبدى بالكلية واما سمكه فوصافه
الامين فيكون بالعكس متزايد الحجم بالنسبة لباقي اجزاء الكبد ثم ينتهى هذا
العضو بان يصير على هيئة كتلة كرية وقصه الايسر يكون اذنا ملتصقا
بقصه الايمن على هيئة معلقة صغيرة مقرطعة ويشاهد على سطح هذا العضو
فى هذا الدور بروزات حبيبية او خلية منها كسب هذا المرض اسم الكبد
الحبيبي ثم ان كانت هذه التصبغات ذات عظم مستوي كسب الشهد بالجم يظهر
سطح هذا العضو بهيئة مستوية واذا اختلف عظمها ظهر سطحه بتصبغات

غير منتظمة وبين هذه التحيبات يصير الغلاف المصلي ذا لون مبيض مهيئ
شبهه بالارتار العريضة قرني ومنجذب الى الباطن ومتى وجدت ثنيات عظيمة
غائرة في هذا الغلاف فاصله تلجز ثنيات عظيمة من الكبد عن بعضها اكتسب
هذا العضو هيئة فصيصة وفي العادة يكون الغلاف الكبدي ملتصقا
بالاعضاء المجاورة خصوصا الحجاب الحاجز اما بواسطة التصاقات كثيرة متوترة
او ألحجة شريطية وجوهر الكبد المصاب بالسيرور يكون متكاثفا صلبا
كالخلد وعند شقه يحس بمقاومة كمقاومة الاسكيروس ويوجد في باطنه
نقص التحيبات التي تشاهد على سطحه الظاهر وهذه التحيبات تكون
موضوعة بين الياق منسوج خلوى مبيض ومخمين قليل الاوعية الدموية
ويقتد جوهر الكبد الكلية في حال متعددة فيحل محلها المنسوج النسيجي
وبالبحث بالمكروسكوب في هذا الدور لا توجد التكررات الخلوية الجديدة
بل يوجد منسوج خلوى تام التكوين مكوّن الطبقات دائرية تحيط بخلايا
كبديّة كانت تسمى سابقا بالتحيبات والخلايا الكبديّة الموجودة تكون
اما آيلة للاستحالة الشحمية او متلوّنة بلون مخضر بسبب وقوف انصرافها
الناتج عن الضغط الواقع على المساقط الصفراوية ثم ان الاستحالة الشحمية
للخلايا الكبديّة هي المواد الملونة المشغلة عليها فتكسب جميع سطح الكبد
خصوصا التحيبات الموجودة فيها لونا مصفرا وهذا هو السبب في تسمية هذا
المرض بـ **المرض بـ سيرور الكبد**

• (الاعراض والسير) •

اعراض الالتهاب الكبدي الخلوى في الدور الاول منه تشابه اعراض
احتقان الكبد البسيط مشابهة عظيمة فان التغيرات الالتهابية في باطن
هذا العضو ومحفظته لا تكون مصحوبة عادة الا بالآلام خفيفة غير أن الضغط
على قسم الكبد يكون احساس المرضى به أكثر منه في الاحتقان البسيط
والاحساس بالامتلاء والتورق في المراق الايمن يزداد في بعض الاحيان
بحيث يشابه الاحساس بتورم ثمل او بالتمحرق في هذا القسم وزيادة على
هذين العرضين توجد اضطرابات في الدور الاول من هذا الالتهاب
فتشكى المرضى بقعة في الشهية واحساس بضغط وامتلاء بعد الاكل

ويصيرهم حالة غائبة في البطن وامساك ويمكن ان تضطرب التغذية في هذا الدور أيضا بحيث يكسب المريض هيئة ضعيفة ومع ذلك فجميع هذه الظواهر يمكن ان يقال فيها ما قيل ان الاحتقان الكبدي البسيط يعني انها تكون مصاحبة لهذا المرض لاعراضه فان الافراط من المشروبات الروحية يكاد يشأ عنه على الدوام أيضا نزلات معدية عرصة وهذه الاعراض المذكورة أخيرا تتعلق بالنزلة المعدية المزمنة لا بالالتهاب الكبدي الخلوي

واما اعراض الدور الثاني فينسب معظمه هلمع السهولة لعائق مضافيكي وذلك ان الضغط الواقع على فروع الوريد الباب يشأ عنه بالضرورة ظواهر احتباس الدم وركوده في الاعضاء التي يأتي منها الى الكبد بواسطة هذا الوريد كما ان الضغط الواقع على القنوات الصفراوية يشأ عنه امتصاص الصفراء واليرقان مادام خلايا الكبد قادرة على افراز الصفراء وظواهر احتباس الدم وركوده التي نشاهد في الابتداء بكموة هي التي تحصل في الغشاء المخاطي المعدي والمعوي فان الحالة النزلية المزمنة للغشاء المخاطي المعدي التي تصاحب الدور الثاني من سيرور الكبد ليست كالحالة النزلية المعدية المصاحبة للدور الأول منه من كونها مجرد مضاعفة لهذا المرض بل نتيجة ملازمة له واعراض النزلة المعدية المزمنة قد سبق ذكرها والنزلة المعوية التي تصاحب أيضا هذا المرض بكيفية مستمرة لا ينتج عنها افراز غزير في القناة المعوية الا نادوا بل الغالب ان ينتج عنها بكافي التزلات الالتهابية المزمنة افراز غزير من مادة مخاطية لزجة واخلية جديدة وقد ذكرنا ان من اعراض النزلة المعوية التي تخص هذا الشكل من الالتهابات المعوية النزلية المزمنة الامساك والاتقاخ الطبي للبطن والهيئة الضعيفة ولذا كان من الواضح أهمية هذه الاعراض في سيرور الكبد ولا يندون امتلاء الاوعية الشعرية للغشاء المخاطي المعدي والمعوي يصير عظيما جدا بحيث يمزق بعض هذه الاوعية الصغيرة وعلى ذلك فسيرور الكبد هو بعد القرحة المستديرة المعوية السبب الأكثر حصولا للنزلة المعدية والمعوية كما ان هذا المرض ينتج عنه بسبب عوق الدورة الوريدية البوابة امتلاء واحتقان في الاوردة

المسارية يقية السفلى والصفيرة الباسورية ويكون حديثا سببا عظيما في
احداث البواسير وعلى حسب ذلك قلهو والبواسير من الاعراض الكثيرة
الحصول في المرض الذي نحن بصدده

وحيث ان الوريد الطحالي يصب منحصرا في الوريد الباب وان الضغط الواقع
على فروع هذا الوريد الاخير يفتح عنه أيضا عروق في استقراغ دم الوريد
الطحالي فان طواهر احتقان الطحال وتعددته تنضم في هذا المرض الى الطواهر
التي تحصل في المعدة والامعاء وكثيرا ما يوجد الطحال منتفخا في هذا المرض
انتفاخا عظيما في الدور الاخير من الالتهاب الكبدي الخلوي بحيث ان كلامن
ابولسير وبمبرجر وغيرهما يعتبر انتفاخ الطحال اهم عرض لسيروز الكبد
وقد وجد (فريركس) الطحال في حالة الانتفاخ ١٨ مرة في ٢٦ حالة من
سيروز الكبد وتزايد حجم الطحال ينتج فقط عن تراكم الدم واحتباسه فيه
وذلك من جهة انه يحصل تارة بسرعة من الابتداء وتارة متأخرا حصوله جدا
بدون ان يكون ذلك مطابقا لحصول باقي الطواهر الاحتباسية ومن جهة
اخرى لكونه يصدق في بعض احوال سيروز الكبد وفي جميع احوال
الضمور الجوزي لهذا العضو ولومع الضغط العظيم الواقع على أوردة الكبد
ومن القريب للعقل ان انتفاخ الطحال يتعلق بتغير مخصوص مشابه لما يحصل
في الكبد ومع ذلك فتراكم الدم واحتباسه له مدخل في تزايد حجم الطحال
ويتمنع ذلك من تناقص حجم هذا العضو وزوال انتفاخه عقب التي
الدموى الذي فيه تمزق الاوعية الشعرية المعدية فيسهل استقراغ دم
الطحال

وحيث ان الاوردة البريتونية خصوصا أوردة الوريدية الحشوية تستفرغ
أيضا في الوريد الباب فمن الواضح جدا حصول الامتلاء الرقيق وكونه
العرض الرئيس في سيروز الكبد وتوضيح ذلك سبق ذكره في المباحث السابقة
التي نبهنا فيها على ان ازدياد الضغط الواقع على جدران الاوردة البريتونية هو
السبب الاكثر اسما لظهور ارتشاح مصلى في باطن تجويف البطن وقد
يكون هذا الارتشاح المصلى مختلطاً في بعض الاحوال بكمية قليلة من الدم
بسبب تمزق بعض الاوعية الشعرية البريتونية وقد يكون سائجا فيه في احوال

أخرى ندف ليفسة فالتجبة عن نضح التهابي في محنظة الكبد وما حولها
والاستسقاء الزرق المتعلق بسير وز الكبد يتصف بكونه ينفوخ عظيمًا جدًا
أكثر من باقي أشكاله ويظهر في آن واحد تشجيرات وريدية مزرقة متعرجة
على جدر البطن وأودعها في الاطراف السفلى وأعضاء التماسل بسبب
الضغط الواقع على الوريد الاجوف السفلى والاوردة المحرقة كما أنه قد
تشاهد غغريًا سطحية في هذه الاجزاء

وحيث ذكرنا ان التزلات المزمنة للمعدة والامعاء والانزفة في هذه
الاعضاء والبواسير وضخمة الطحال والاستسقاء الزرق امراض ملازمة
لسير وز الكبد ناتجة عن عائق ميكانيكي بسبب الضغط الواقع على فروع
الوريد الباب فمن الواجب علينا أيضا ذكر الاحوال الاستثنائية وتفسيرها
التي تفقد فيها هذه الاعراض أو تكاد تهدر فنقول انه من المعلوم ان فروع
الوريد الباب قد تبقى متفتحة في بعض الاحوال ولو مع تقدم سير وز الكبد
بحيث يمكن اتباعها في امتداد عظيم في الجلطة ونضيف لذلك ان استقراغ
اوردة المعدة والامعاء والطحال والبريتون يمكن ان يصير مملا فيجتمع
احتباس الدم وركوده في هذه الاعضاء بتولد دورة تكمية جاذبة تسمح للدم
بالمرور في مسالك جديدة وحصول هذه الدورة التكمية الجانبية الجديدة يتم
أولا بالاستطراق الذي يحصل بواسطة الضفيرة الباسورية بين الوريد
المساويقي السفلى والوريد الخليلي وثانيا التغمعات بين فروع الوريد الباب
وفروع أوردة الغلاف الكبدي التي تنضم بالاوردة الجذابة الخارجية
والمروية وثالثا بتغم الاوعية الجديدة التي تتكون في مثل الالتصاقات التي
تحصل بين الكبد والحجاب الحاجز وزيادة عن الاستطراقات الجديدة التي
تحصل بكيفية غير طبيعية وبها يسمل مرور الدم في فروع الوريد الباب الى
الاجوف بدون مروره في الوريد الكبدي قد تظهر في بعض الاحوال دورة
جانبية مخصوصة مدة الحياة ظهورا واضحا وفي هذا الشكل في الدورة
الجانبية الجديدة كما كان يظن سابقا انه ناتج من عدم انسداد الوريد السري
انسدادا تاما بعد الولادة وبما قننا دقيقة في رباط هذا الوريد وعند حصول
استسقاء كبدي عظيم في الاشخاص الموجود فيهم هذا الاستطراق غير طبيعي

تعد القناة المذكورة شيئا شيا بالدم الوارد اليها بحيث توصل هذا السائل الى
الجدار المقدم من البطن وهناك ينصب الدم في تفرعات الوريد السديلي
الانسي وتراكم الدم بهذه الكيفية في الوريد الثديي الانسي ينتج عنه عوق
في استقراغ الاوردة الجلدية البطنية وبذلك توجه نحو هذه الاوردة الجلدية
نحو اعظم اجزاء حول السرة على شكل حويصة مفرقة لكن هذا التشجير
الوريدى الغير الطبيعى المذكور ليس ناتجا عن تعدد الوريد السرى المنسد
انسداد اغصان تام بل عن تعدد فروع الوريد الباب التى تعد من الكبد الى
الجدار المقدم من البطن بين وريقات اربطة الكبد وتضم مع جدار الوريد
الشرايينى والثديي الانسي

وهناك امر توجبه له أصعب من فقد نظواهر الاحتقانات الاحتباسية
جميعها وهو فقد البعض منها ووجود البعض الآخر فالتا لنعلم لماذا ان
الطحال الذى وجده جبرج متزايد فى الحجم ٥٨ مرة فى ٦٤ مشاهدة
وفرى كس ١٨ مرة فى ٣٦ حالة يتق صغير الحجم احيانا كما التا لنعلم لماذا
انه يوجد عند بعض المرضى فى دموى متكرر ويفقد عند آخرين مدة سير
هذا المرض فلا تعرض لتوجيه هذه الاختلافات

ثم ان المسالك المقرابة ولو انتم ان كابد ضغطا عظيما فى سير وزال الكبد
كتفرعات الوريد الباب الا انه من النادر مشاهدة احتباس الصفراء فى هذا
المرض احتباسا واضحا جدا فانه ولو شوه عند معظم المرضى تلون مصفر
ومخ فى الجلد ومصرف فقط فى الصلبة وبول داكن الا ان اليرقان الشديد
الواضح ليس من العلامات الكثيرة المشاهدة فى سير وزال الكبد وهذه الظاهرة
يستدل عليها باسم ولته من كيفية تكوين الصفراء فانها لا توجد تامة
التكوين فى الدم الوارد نحو الكبد بل انما تتكون فى الخلايا الكبدية من
العناصر التى ترد اليها مع الدم ولذا ان احتباس الصفراء وامتصاصها يحتاج
ولا بد لبقاء جزء من الخلايا الكبدية حافط لوظيفته الطبيعية فى سير وزال
الكبد يكون من جهة بعض المسالك المقرابة منضغطا وحينئذ توجد
الشروط المؤدية فى الغالب لاحتباس الصفراء وامتصاصها من جهة أخرى
يفقد جزءا عظيما من الخلايا الكبدية وحينئذ يكون تكوين الصفراء معوقا فحين

ذلك يتضح بسهولة ان البرقان لا يفقد بالكبد في سير وز الكبد غير انه يندران
يصل الى درجة شديدة فقله البرقان في الحالة الراهنة مع تقدم سير وز الكبد
تمد على تسلسل أحد الامرين وهو فقد الاخلية الكبدية وان وجد البرقان
بدرجة عظيمة دل هذا على تسلسل الامر الآخر وهو انضغاط المسالك
الصغراوية أو أن هناك عائقا جديدا مانعا لاستفراغ الصغرا بجماعة مرضية
كالتهابات النزلية للمسالك الصغراوية أو انسدادها بالحصوات الصغراوية
فان هاتين المضاعفتين كثيرات ما تصاحبان سير وز الكبد وان كان السبب
الصغرا معوقا بالكبد من إحدى هاتين المضاعفتين أمكن ان ينتج عن
الصغراء المتكونة ولو بمقدار قليل في باقي الخلايا الكبدية برقان شديد
ولو بانضغاط المسالك الصغراوية يتعلق أيضا بلون المواد الثقلية باللون الباهت
أو السخابي لابلون المسر وحيث ان مجرد الضغط على المسالك الصغراوية
لا ينتج عنه انسدادها بالكبد فلا يشاهد مطلقا في سير وز الكبد البسيط
مواد ثقلية فاقدة اللون بالكبد شبيهة بالطفل الأبيض كما يشاهد ذلك في غير
هذا الشكل من البرقان والبول يحتوي عادة على قليل من المواد الملونة
للصغراء لكنه يتميز بكونه يحتوي على كمية عظيمة من الاملاح البولية ومن
المواد الملونة للبول ويستكمل على هذا فيما بعد

ثم انه يتضم الى الاعراض السابق ذكرها النتيجة عن انضغاط فريعات الوريد
الباب والمسالك الصغراوية اعراض أخرى تنسب لفساد عدد عظيم من
الخلايا الكبدية وقد ذكرنا عند الكلام على الظواهر اليرقانية ان تكوين
الصغراء يتناقص بسبب فقد الخلايا الكبدية وتوجب عدم تلون المواد
البرازية الى قلة تكوين الصغراء كما تنسب الى احتباسها ثم استاوان لم تعرف
حق المعرفة جميع وظائف الكبد الا انه من الاكد أن تكون الصغراء ليس
هو الوظيفة الوحيدة للخلايا الكبدية وعلى كل فالكبد عضو مهم جدا للتغذية
العامة واسصلاح الدم فمن الاكد أن فقد عدد عظيم من الخلايا الكبدية ينتج
عنه اضطراب عظيم في البقية يتلخصها فان اضطراب التغذية الذي يشاهد
عند الأشخاص المعاصين بسير وز الكبد وان تعلق بعضه بوجود نزلات معدية
معوية وربما كان امتلاء الاوردة المعوية امتلاء عظميا يعوق نفوذ متصل

الامعاء في هذه الاوعية لابلده من سبب عظيم آخر لاضطراب التغذية فان
المرضى المصابة بسيروز الكبد تشتد قساقتها وتسرع نمو ~~سكتها~~ ويصير
جلدها خالوا وتتقدم عندها ظواهر سوء التغذية امر عجزا من المصابين بمجرّد
نزلات معدية معوية او بمن كان عندهم سيلان الدم في الاوردة المعوية معوقا
بطريقة أخرى ولا يعلم ان كان اضطراب التغذية العامة هذا متعلقا بعوق
تكوين السكر في الكبد او بفقد وظائف اخرى لهذا العضو منبهة علينا
فان هذا الامر لم يتيسر للمعارف القسيولوجية ~~له~~ الى الان

ثم انه يظهر عند المصابين بسيروز الكبد قبل الموت بقليل ظواهر عصبية
دماغية فبعض المرضى يقع في حالة هذيان وخدرو بعضهم يحصل عنده
من الابتداء ظواهر خود ~~وكما~~ واما حالة تيبان وحيث انه يفعل الصفات
التشريحية في الدماغ لا توجد تغيرات مادية فيه توجهها هذه الظواهر في
القرىب للعقل نسبتها الى تسمم الدم غير اتسالا تعرف الجواهر التي بها يحصل
هذا التسمم الا اننا نقول انهم الا كبد كون هذا التسمم ليس ناتجا عن
امتصاص عناصر الصغراء ولذا نرفض تسمية ما ذكر بالتسمم الصغراوي
ووجود كمية عظيمة جدا من المواد الملوثة للصغراء ومن الاملاح البولية عند
الاختصاص المصابين بسيروز الكبد فيسبب لفقد عدد عظيم من الخلايا الكبدية
ولضعف وظائف الكبد وتنويعها ولا نعلم التغيرات الحاصلة في التبادل
العنصري الناتج عنها هذا التغير المذكور في البول معرفة تامة وانما الذي
نستنتج من حيث ان المواد الملوثة للبول آتية من المادة الملوثة للصغراء
والمادة الملوثة للصغراء آتية من المادة الملوثة للدم فلا بد وان عند حصول
استحالات مرضية تمتد في الكبد يتم استخالص المادة الملوثة للدم الى المادة
الملوثة للصغراء بكمية طبيعية يحصل كذلك تغير في تكون المادة الملوثة للبول
الناتج عنه التغيرات السابق ذكرها

(العلامات الطبيعية للالتهاب الكبدي الخلوي)

يستدل بكل من الجس والقرع في الدور الاول لهذا المرض على تزايد حجم
الكبد ومقاومته تزايد اعظيما واما في الدور الثاني لهذا المرض فنحن نادر
عدم العثور على الكبد بالجس كما يذ كر في الغالب وفي حالة ما اذا أمكن

الغشور وعليه عند اضطجاع المريض على جنبه اليسر وتبعيد السائل المتجمع في البطن من الكبد توجد هذه العضو كقوة مقاومة عما في الدور الاول وزيادة على ذلك يحس على سطحه بوجود ارتفاعات صلبة مستديرة مختلفة العظم وبالقرب قد يستدل على تزايد في اصممة الكبد في الدور الثاني متى كان الاستسقاء الزقي ليس عظيما جدا وفي أحوال أخرى قد يستدل به على تناقص اصممة هذا العضو (وهذه الاحوال الأخيرة ليست كثيرة جدا نبعا للمشاهدتنا) وحقيقة ينبغي التدقيق عند الحكم بزيادة عما يكون عند ازدياد اصممة هذا العضو عن الحالة الطبيعية فان كلامنا من اقطار الكبد واصمته يختلف اختلافا عظيما في الحدود القصية كما دلت على ذلك القياسات العديدة التي فعلها المعلم (فريركس) وزيادة على ذلك يمكن ان وضع الكبد غير الطبيعي الذي يحصل في كل تعدد عظيم في البطن يحدث ملامسة الكبد بجافته الحادة الجدر المقسمة من البطن والصدر وبالجملة يمكن ان الامعاء المتعددة بالغازات تدخل بين الكبد وجدر البطن فتتناقص اصممة هذا العضو وتزول بالكلية ومتى اعتبرت جميع هذه الامور كان تناقص حجم الكبد علامة مهمة في تشخيص سير وزه هذا العضو وحيث ان القص اليساري هو الذي يتناقص ابتداء فاول ما يدرك صوت القرع الممتلئ غير الطبيعي في القسم الشراسعي ثم يتناقص فيما بعد اصممة الكبد أعلى القص الايمن من هذا العضو تناقصا عظيما بحيث ينقص امتدادها في الخط الشدي من قراطين الى واحد وأهم علامة يرتكن اليها في تشخيص هذا المرض هو التناقص التدريجي للكبد به ان كان منتفخا عظيما تناقصا يثبت بالبحث المتكرر

وبعد ان ذكرنا أعراض التهاب الكبدى الحوى كالأعلى حدة وارتباطها ببعض الزمان ان نصيف لذلك شرح هذا المرض مختصرا فنقول ان من يصاب بهذا المرض غالبا الاشخاص المتوسطو السن أو المتقدمون فيه الذين يكادون ان يكونوا متمسكين في تعاطى المشروبات الروحية وابتداء هذا المرض يصطبب بأعراض واهية خفية فتستكي المرضى بضغطة وامتلاء في المراق الايمن ويندو شكايتهما بالآلام شديدة في قسم الكبد وذلك عندما يكون الغلاف

المصلى لهذا العضو مشار كاله في الاصابة وملتبها التهابا شديدا وظواهر
الواضحة بهذا المرض في دوره الاول هي ازدياد حجم الكبد وسوء الهضم
والامتلاء الغازي للبطن والخفاقة العامة ثم فيما بعد يتفتح البطن بتراكم
سائل مصلى في تجويفه بدون استفاخ او ذيماوى في الاطراف ثم يصفرون الجلد
مع الوساخة ويصير البول احمر داكنا محتويا على كثير من الاملاح البولية
والمواد البرازية تصير طليقة اللون مبيضة وتزداد اعراض سوء الهضم
وتتقدم الخفاقة تقديما عظيما وفي هذا الدور يتناقص حجم الكبد وأما الطحال
فيكاد يزداد حجمه على الدوام وعند بعض المرضى يشاهد ظهور رائحة من
القناة المعوية خصوصا عند اسورية ثم ان الاستسقاء الزرقى يزداد في عسر
التنفس ويحصل ارتشاح او ذيماوى في الاطراف وأعضاء التناسل ويدر
البطن ثم تمكث المرضى بعد جلة اشهر او سنتين في حالة خفاقة عظيمة وكثيرا
ما يظهر عندهم في الايام الاخيرة هذيان وظواهر عصبية خدرية
(التشخيص)*

سير وزالكبد لايسهل اختلاطه بغيره من امراض هذا العضو التي سبق
شرحها

وأما تميزه عن سرطان البريتون ودورنه فعسر لانه في كلاهما تين الاستسقاء تين
المرضى تين يظهر استسقاء في غالبها كما يحصل في سير وزالكبد بدون ان يسبقه
ظواهر استسقاوية أخرى وسرطان البريتون ودورنه يحصل فيهما كذلك
خفاقة عظيمة بسرعة وسوء قنية وحيث ان مواد الورم في المرضى يمكن ان
تضغط بسرعة على القنوات الصغراوية فتقيد يصلح بان يلبث فان فلاجل
التشخيص التميز بين سير وزالكبد والاستسقاء تين المذكورين للبريتون
نعتبر الامور الآتية وهي

انه مما يدل في كل حالة تراهنه على ان الاستسقاء الزرقى وباقي الاعراض التي
توجد في كل من الحالتين السابقتين متعلقة بسير وزالكبد هو أولا استفاخ
الطحال لما ذكرنا ان ذلك من الاعراض الملازمة لسير وزالكبد بخلاف
الاستسقاء السرطانية والدرنية للبريتون فان الطحال لا يكاد يشترك فيها مطلقا
كما لا ينتج عنها استفاخ هذا العضو من شكل آخر فانما البول المركز الكثير

المواد الملونة والاملاح البولية فان هذا العرض لا يكاد ينفك مطلقا في
سيروز الكبد واما بول المصابين بسرطان البريتون اوردنه فيعكس ذلك فانه
يكون صافيا مائيا كبول أصحاب الدم المائع المائي ومتى انضمت الحصى الى
الاستحالة المرضية للبريتون واذا ضغط الواقع على الكليتين والاووية
الكلىية بسبب ازدياد السائل المتجمع في البطن فن الحائر ان يصير البول
قليلا الكمية ويكتسب درجة تركيز لكن الغالب ان تتفقد الرواسب
المذكورة سابقا ولون البول لا يصير كذلك كثيرا لكنه كما يشاهد في المصابين
بالسيروز ثلثا يتحقق الطبيب من أن المريض كان مدمن على المشروبات
الروحية فان هذا المرض في غالب الاحوال ينتج عن ذلك وليس لما ذكره في
تأثير في احداث الاستحالة السرطانية او الدرقية للبريتون

واما العلامات التي غالبا يستدل بها على الاستحالة المرضية للبريتون لاهل
سيروز الكبد فهي اول زيادة الحساسية المستد في البطن عند الضغط ثانيا
مرعة ظهور الاستسقاء الزقي ثلثا سرعة فقد قوى المريض رابعا وجود
سرطان اودرن في أعضاء أخرى خامسا وجود اورام يحس بها في البطن غالبا
سيما بدبره سادسا وجود مواد ليفية او تعقدات ليفية في السائل المستقرخ
بالزل ثم ان لون السحنة الواصف لسرطان المهم جدا في تشخيص هذا
المرض وتعيظه عن غيره من الامراض لا يكفي في تعيين سرطان البريتون عن
سيروز الكبد فانه في الاخير يكون لون السحنة مصفرا ومخاضا كالمصابين
بالسرطان

(المعالجة)

مضى أمكن معرفة التهاب الكبدى الخلوى في دوره الاول وذلك فاذا رُأى وطن
وجوده يجب الاهتمام الكلى في منع تقدم هذا المرض بان يهوى المريض عن
تعاطى المشروبات الروحية مع استعمال المعالجة التي ذكرناها في الاحتقان
الكبدى سيما وضع العلق مع السكر ارجول السفرة وتعاطى المسهلات
المهينة الحقيقية والاجود استعمالها على شكل المياه المعدنية الطبيعية او
الصناعية كما كرلس باد وماريه باد وتاراسب وغير ذلك لسهولة تعاطيها
على هذا الشكل بدون اضافة حمض الكربون والقلويات الكربونية اليها

وعند اضطراب التغذية العامة يفضل استعمال المياه المعدنية المحتوية على
 قليل من المركبات الحديدية كماء ايجو وفرنس برون وكى سنجور واجودسى
 وينابيع همبرغ وفى الغور الثانى ولوفى ابتداءه لا يتعشم فى ابتداء هذا
 المرض فانه كما يشاهد ان المسوج الخلوى الجديد التكوين الذى حل محل
 فقد جوهر فى الجلد ينكمش بالتدريج حتى تتكون أثره التهام صلبة
 كذلك ينكمش المسوج الخلوى الجديد التكوين فى الكبد انما كما
 مستقر حتى تظهر الطواهر المرضية السابقة وحينئذ فلا يمكن بالكلىسة
 الشفاء التام لان المسوج الندي لا يمكن تدمده فانما تعالجه سيزوز الكبد
 حينئذ لا تكون الا مرضية ومن الطواهر المرضية الناتجة عن الاحتقانات
 الاحتباسية النزلات المعدنية المعوية فتحتاج الى التفتت خاص فانها تسرع
 فى شفاة المرضى ونمو كتمانها واجودسى يعطى للمريض لاجل مقاومة هذا
 الشكل من الالتهابات النزلية المذكورة هي كما ذكرناه فيما تقدم القلوبان
 الكربونية فانها بلامستها المواد الخاطية تقلل لزوجةها وبهذه المنابة يسهل
 تحليل الغشاء الخاطى المعدى المعوى من هذه الطبقة الخاطية الزوجة
 المتعلقة به وكذا تعالج الانزفة المعدنية المعوية والبواسير على حسب القواعد
 الميئة فيما تقدم ولوقل العشم بالنجاح وأما الاستسقاء الرقيق فينبغى فيه القسك
 بالقاعدة العامة وهي عدم البزل الا عند الاضطراب جدا فان من اوصاف هذا
 الاستسقاء الناتج عن احتباس الدم فى المجموع الوريدى الباب الرئيسة عوده
 بسرعة كبيرة جدا حتى ان عدم ضغط السائل المانع لا يرتاح جديفاذا اضطرب
 الطبيب لبزل البطن فينبغى الاجتهاد الكلى فى ابطاء تجديد الاستسقاء المذكور
 بالضغط على البطن بعلامته لا توضع وضعا لثقا وفى هذا الشكل لا يفر
 استعمال المدرات فضلا عن كونه غير صائب ولا معتقل واهم شئ فى معالجة
 سيزوز الكبد الاجتهاد فى تحسين قوى المريض وتغذيته فتعطى له الاغذية
 المقوية اذا سمحت اعضاء الهضم بفلان مع المركبات الحديدية التى كثيرا
 ما تعملها المرضى بحمد اعظم حيث انها تحدث تأثيرا جيدا واضحا وقد
 شاهدت عند مرضى مصابين بهذا السيزوز وقد هلك فيما بعد بنوبة نزيف
 معدى غزيرتناقصا متكررا الى السائل المتجمع فى البطن عقب استعمال

المركبات الحديدية استعمالا متكررا مع تدبير غذائي باللبن والبيض وكان
تجميع هذا السائل قد زائد في كل مرة عقب خروج المريض من المستشفى
وتابعه لتدبير غذائي ردي، وكرر حصوله الى

(المبحث الرابع)

(في التهاب الكبدى الزهري)

(ويعرف تبعا للمعلم وجنير بورم الكبدى الزهري)

(كيفية الظهور والاسباب)

الظواهران الكبديا كجوارح الاغشاء اصابة عقب الداء الزهري البنى وعلى كل
فالتهاب الكبدى الزهري هو اول ما عرف من الاصابات الزهرية للاغشاء
الباطنية معروفة جيدة

والاصابة الزهرية لكبد لا يندوان ترى في جثة الاطفال الوارثين لهذا الداء
ويتأخر حصول هذا المرض متى كان من جملة الاضطرابات الغذائية التي
تعقب عدوى الداء الزهري العارضى بحيث لا يعد مطلقا من الاسباب
الزهرية الثانوية بل يعد دائما من جملة اشكال الداء الزهري الثلاثي

(الصفات التشريحية)

ثم ان المعلم (وجنير) وان استنتج بالبحث بالمكروسكوب مع التكرار عن الاعضاء
المصابة اصابة زهرية ان هذه الاصابة في الاعضاء الباطنة التي تظهر على شكل
بورات محدودة (وهي الاورام الصفية للمعلم ورجوف) وكذا الاستحالة
الزهرية المنتشرة في هذه الاعضاء عبارة عن تكون تولد جديد نوعي وهو
السيفيلوم الا ان الهيئة الظاهرة للكبد الذي تكونت فيه تغيرات جوهرية
عقب الداء الزهري البنى تختلف كثيرا باختلاف الاحوال بحيث يسوغ
تمييز اشكال مختلفة من التهاب الكبدى الزهري ويمكن ان يميز لهذا التهاب
نوع دا ترى أى خلافي والتهاب كبدى خلافي بسيط اى التهاب يزدى لتيسر
منتشر في هذا العضو ونوع ثالث وهو الصفى وهذا الشكل الذي اثبت
طبيعته الزهرية من منذ زمن طويل المعلم (تدريك) هو الاسهل في التمييز عن
باقي اشكال هذا المرض فيوجد فيه ياطن جوهر الكبد بورات في حجم
الدخن او القندق او الجوز ذات هيئة ضخامية في الاحوال الحديثة وبعد

مكتم ازمناء طويلا لتفسير على هيئة مواد صفراء عجيبة وهذه البورات التي
كانت تعتبر قبل العلم (تدريك) وتلدات سرطانية آخذة في الشفاء لمشايخها
لها مشايخ تامة تكون محاطة بجوهر ندي وتعتمد منها استطلاات خلوية تديية
تفوق اتجاهات مختلفة حتى تصل الى السطح الظاهر من الكبد ويشاهد على
هذا السطح ميازيب تكسب الكبد هيئة فصيصية وهذه الميازيب تنشأ
عن تلاشي الجوهر الكبدي في بعض الاصفار واستعاضتها بنسج خلوي
ضام متكسب ويوجد في التيس الزهري المنتشر في الكبد اجرام عظيمة من
العضو المريض مستجيبة الى منسوج مندمج ندي والجوهر الفسدي يتلاشى
معظمه ويحل محله الجوهر النقي والذي يمنع التماس التيس الزهري المنتشر
في الكبد بسير وز هذا العضو وجود البورات المذكورة مع التغير المذكور
وهيئة سطح الشق المتجانسة المستوية وفقد التحبيبات التي لا تكاد تفقد
في سير وز الكبد والالتهاب الكبدي الزهري الدائري فضلا عن كونه
يضاعف التغيرات المرضية في جوهر هذا العضو السابقة تصنف بعظم تكاثف
الغلاف المحلى للكبد زيادة عن غيره من اشكال الالتهاب الدائري ويكونه
يا يسانديا

* (الاعراض والسير) *

لا يمكن معرفة الالتهاب الكبدي الزهري مدة الحياة بل ولا توهمه في احوال
عديدة وربما يمكن تشخيصه من شكل تعدد الكبد المخصوص ووجود
بروزات وميازيب على السطح الظاهري من هذا العضو مع وجود علامات
أخرى من الداء الزهري البيني وقد تيسر لي الحكم تقريرا بوجود هذا المرض
في امر أقشاهدتها في جراسوالد كانت تشخصني بطواهر التهاب بريوتوي
من من قبل اعترافها بكونها اصببت بالداء الزهري وقبل ان يتضح من البص
عن الحلق وجود تشويع عظيم في قوائم الهامة ولما هلك استبان لي من
الصفات التشريرية صحة التشخيص وقد أشرت في الطبقات السابقة لهذا
الكتاب انهم من القريب للعقل حصول صورة مرضية تشابه سير وز الكبد
عند امداد التغير المرضي وانضغاط فروع الوريد الباب والمساك الصفراوية
وكنتم أصغت لذلك ان الاحوال المعروفة الى وقتنا هذا شهد فيها استسقاء

زرق خفيف حمرة واحدة مجردة عن اليرقان لكن يتسرى فيما بعد مشاهدة
حالة اثبتت لي ما كنت أتوهمه وهوان هي بضابعد دخوله الاكل ينسلك انسكر
اصابته بالداء الزهري وكان معه يرقان واستسقاء زرق عظيم استدعى البزل
مراراً وكان بوله ذا لون داكن وكثير المواد الملونة وحجم كبده عظيم وفي سطحه
الظاهر يحس بعروقات مستديرة واضحة ولم يأت كد تشخيص هذا المرض
باصابته بسرطان في الصك بل مع انسداده غير تام في الوريد الباب بواسطة
الصفات التشريحية فان الكبد كان منقسماً الى فصيصات وغلافه في بعض
المحال تقيناً وجوهره متبيساً تيسر امتثرا في امتداد عظيم وفي باطن القصر
الايمن من الكبد قد وجدت اورام صفية تقبو الثلاث او الاربع ذات
هيئة نخاعية

* (المعالجة) *

لا يمكن التكلم على معالجة الالتهاب الكبدي الزهري فانه ولو في الاحوال
التي يمكن فيها تشخيصه مدة الحياة لا تيسر ذلك الا في انتماعه به وحيث لم يمكن
ازالة المتسوج الحياوي المتدج وتحليله بواسطة الامتصاصات الوريدية
والزئبقية يقتصر على المعالجة العرضية فقط

* (المبحث الخامس) *

(في الالتهاب الوريدي الباب)

(كيفية الظهور والاسباب)

هذا الالتهاب يطلق على الاحوال المرضية التي فيها يودي التهاب جدر الوريد
الباب الى تعقدات دموية في هذا الوريد كما يطلق على الاحوال المرضية التي
فيها انعقاد متصل هذا الوريد لا يكون متعلقاً بحالة التهابية في جدره
والشكل الاول وهو الالتهاب الوريدي الاول اذ من الثاني واحبا به المتمة
لهما اما اصابة الوريد تنقيته اصابة جرحية او التهابات الاعضاء المجاورة الممتدة
الى جدره

وأما الشكل الثاني وهو الالتهاب الوريدي البوابي التآبي المعروف
الآن بسدد الوريد الباب الذاتية فلا يمكن نسبته الى اسباب مدركة
واضحة دائماً وقد ينتج اما عن انضغاط جذع الوريد الباب بعقد لينقاوية

متحينة أو متسرطنة أو ياورام أخرى أو بواسطة البريتون المتكاثف
 المتكسش انكشافا بسيما وان ينتج عن انضغاط فروع الوريد الباب
 كما يكون في سيرة الكبد فان انضغاط هذه الفروع الوريدية ينتج عنه
 بطء في سيرة التيار الدموي بحيث يتكون تعقيدات دموية في جذع الوريد
 الباب أو تفرعاته واما ان تنشأ سدود الوريد المذكورة عن ازدياد امتداد
 تدريجيين في السدد الذاتية والاصلية التي تكونت في أحد جذوع هذا
 الوريد وهذا بسبب الظاهر هو الغالب الا ترى انه في أحوال السدد الذاتية
 لاحد الاوردة الفضية لا يتكون فقط تعقيدات دموية في أوردة الطرف
 المريض بل كثيرا ما تمتد هذه السدد الى أعلى نحو الاجوف السفلى بل وإلى
 الاوردة الكلوية وفي مثل هذه الاحوال تكون سدود الوريد الباب وتفرعاته
 اولية ولو كانت التعقيدات الدموية الابتدائية مشكونة في أحد جذوع
 هذا الوريد عقب التهاب جداره وبهذه الكيفية توجه بسهولة سدود الوريد
 الباب المذكورة التي تحصل عند وجود تفرحات أو خشكر يشات في أعضاء
 البطن أو عقب التهاب الوريد السري عند المولودين جديدا وعقب نزاجات
 الطحال أو قروح المعدة أو وجود عقدا سوريه ملتهبة أو متقيحة أو مامل
 ذلك من التغيرات المرضية وهل وصول السدد السيارة الى الكبد من بورات
 متفرحة يمكن ان تؤدي الى حصول تعقيدات محدودة في الوريد الباب ابتداء
 ثم منتشرة فيه يمكن او لا من مشكولة فيه

(الصفات التشريحية)

انعقاد متحصل الوريد هو الظاهرة اللازمة في الدور الاول من الالتهاب
 الوريدي البوابي في كلا شكله ومن المهم معرفة ذلك حتى لا يتوهم ان
 الالتهاب الوريدي التقيحي يقتضي بشكوكين صديدي في الوريد والتعقيدات
 الدموية تلتصق التصاقا متينا بجدار الوريد فتصير الجدار كثيفة مرشحة
 بمادة مصلبة من الابداء في الالتهاب الوريدي الاولى ويظهر في الطبقة
 الباطنة تكدر واثقان شعري في الطبقة الظاهرة وعند وجود السدد ثنائي
 جدارا اوعية في الابداء على حالتها الطبيعية ثم تغير بعد بكيفية كالسابقة
 وانعقاد متحصل الوريد الباب قد يقتصر على بعض تفرعاته وربما امتد الى

جذع هذا الوريد وجذعه وباقي تفرعاته وانتهاء التهاب الوريدى يختلف وعلى حسب ذلك ينقسم الى شكلين التصاقى وتقيى

ففى الاول يحصل تكون خلوى التهابى فى جذر الوريد عند انكماش السدد بالتدريج ومكابتها لاستحالة شحمة وامتصاصها كلاً وبعضاً وذلك ينهى بانسداد الوريد دون اتباع سير هذا التغير فى جميع ادواره غير انه بالبحث عن الكبد الذى كان مجلساً لالتهاب الوريدى التصاقى تجد فى بعض محال من سطحه اتساعات ندىسة ويوجد فى سطحه الباطن فى المحال الموازية لهذه الاتساعات الندىسة مفوج خلوى صلب توجد فيه التفرعات المتسدة من الوريد الباب وقد يكون فى هذه التفرعات المتسدة سدود دمية متكاملة للاستحالات الشحمية متعلقة بالون الاصفر كثيراً او قليلاً بسبب وجود المادة الملونة للدم فيها

واما فى الشكل التقيى فالسدد الدائمة يدلا عن انكماشها تفحل وتستحيل الى سائل تقيى يشتمل معظمه على بقايا خبيثة رقيقة وقليل من الخلايا المستديرة التى يمكن ان تكون كرات دموية فاقدة اللون جافطة للشكل او كرات صديدية جديدة التكوين ويمكن ان تملأ الشئ السدة فى جميع امتدادها وكثيرا ما يوجد فى جذع الوريد تعقدات دموية صلبة واما تفرعاته وجذوعه فيوجد فيها سائل قيى وكثيرا ما لاتصل هذه الاستحالات الصديدية فى التفرعات الدقيقة جدا للوريد الباب فالتعقدات الدموية المتكونة فيها تبقى على حالتها بدون تغير وهذا هو السبب فى ان المواد الصديدية المتفصلة لاتصل للوريد الكبى والدورة الصغيرة وبذلك يوجه بمهولة عدم حصول التغيرات الاتقالية التابعة للرئين بكثرة فى هذا الالتهاب الذى كان يقبى حده ولها فيه ان لم تكن التفرعات الانتائية للوريد الباب متسدة وكأأنه لا يندرفى الالتهابات الوريدية الدائرية السطحية امتداد الالتهاب من الطبقة الغمدية الى المنسوجات المجاورة واحداث التقيى والخراج فيها فكذلك ينضم للالتهاب الوريدى السبب التقيى التهاب كبى جوهرى يذمى بشكون الخراج فى هذا العضو فينتد وجود رات متمثلة بمواد

صديديه تحيطه بالوريد الباب وكثيرا ما تكون مستطرقه به
 • (الاعراض والسير) •

مضى كان الالتهاب الوريدي الباب الالتصاقى قاصرا على بعض فقرات هذا
 الوريد جاز أن يسير هذا المرض مدة الحياة بدون ان تظهر عنه اعراض
 واضحة فان القروح البواسية الغير المتسدة تكون كافية لتوصيل الدم من
 أعضاء البطن الى الوريد الكبدي واما اذا كان جذع الوريد الباب هو
 المتسدة او جميع فقراته او اغلبها ينتج عن ذلك حالة مرضية تشابه سيرور الكبد
 مشابهة عظيمة جدا فان عوقا استقر اغ الدم من جذور الوريد الباب التي
 تحصل في كتلتها تين الحالات المرضيتين يؤدي لحصول التهابات نزلية في
 الغشاء المخاطي المعدي والمعوي وانزفقت من حها الى تكون عقد باسورية
 وتزايد في نجم الطحال واستقام في وانفخا المسالك الصفراوية في الالتهاب
 الوريدي الالتصاقى ينتج عنه احتباس صفراوى ويرقان أكثر مما في سيرور
 الكبد فانه في المرض الاول يبقى جزء عظيم من الخلايا الكبدية سليما تجهزا
 للصفراء واستمراد افراز الصفراء مع حصول اليرقان في الالتهاب الوريدي
 يثبت ان كلامن الوريد الباب والشريان الكبدي يوصل الى الخلايا
 الكبدية دما كافيا تجهيز الصفراء وسير هذا المرض مزمن وشفاؤه غير ممكن
 الا انه يمضى عدة اشهر قبل ان يلزم الموت باعراض مماثلة لاعراض سيرور
 الكبد ويتضح مما ذكر ان هذا المرض لا يعرف ويغيز عن سيرور الكبد
 الا من الاستدلال الواضح من السوابق المرضية فان ثبت ان المريض ليس
 من المتهمكين على المشروبات الروحية وسبق مجموع ظواهر هذا المرض
 التهابات وتقيحات مزمنة في الاحشاء البطنية ترجح القبول بوجود التهابات
 وريدية التصاقية لاسيرور الكبد

واما الالتهاب الوريدي التقيضى فلا يمكن معرفته مدة الحياة الا في احوال
 قليلة جدا واعراضه هي ألم في قسم الكبد واتفاخ فيه وازدياد حساسيته
 عند الضغط والقشعريرات المتكررة في أزمنة منتظمة والحى الشديدة
 واليرقان الذي يكاد يوجد على الدوام ومضى انضمت هذه الظواهر لالتهاب او
 تقيح في الاحشاء البطنية دل هذا على حصول التهاب حاد في الكبد لكن لا يعلم

ان كان هذا الالتهاب في جوف الكبد او في الوريد البابي الذي يرجع القول
بالتهاب الوريد البابي هي علامات انسداد الوريد التي تنضم الى الاعراض
السابق ذكرها أعني متى حصل انتفاخ في البطن واستسقاء في خفيف
وظواهر التلات المعديّة والمعوية فقد استدل من هذه الاعراض العلم
(شونلين) على تشخيص هذا المرض مدة الحياة

(المعالجة)

يقال في معالجة الالتهاب الالتصاق جميع ما ذكر في معالجة سيروز الكبد
وأما معالجة الالتهاب التقيحي فتؤخذ من معالجة الالتهاب الكبدي
الجوهري

(المبحث السادس)

(في الاستحالة الشحمية للكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

يعزى الاستحالة الشحمية للكبد شكلان في الشكل الاول تتراكم المواد
الشحمية المتزايدة جدا في دم الوريد البابي في الخلايا الكبدية وفي الشكل
الثاني تكاد نفس الخلايا الكبدية بسبب اضطراب تغذيتها بتغيرات مرضية
في جوف الكبد استحالته مرضية يفتج عنها ظهور ركزات شحمية كما يحصل ذلك
في غير أخيلة الكبد من الاعضاء متى كانت الاستحالة الشحمية وهذا
الشكل الاخير من الاستحالة الشحمية ظاهرة مرضية لجله تغيرات عضوية
في الكبد كما ذكرنا ذلك في الكلام على سيروز الكبد وسند كرها مراراً فيما
سابق وانما سلكم هنا على الشكل الاول من الاستحالة الشحمية للكبد التي
سمّاها (فريركس) بالارتشاح الشحمي للكبد فنقول

الامور التي تنشأ عنها الاستحالة الشحمية للكبد يظهر أنّها مخالفة لبعضها
بالكمية عند البحث السطحي فالتأخرى من جهة ظهور هذه الاستحالة عند
ما يوجد ازدياد غزير في تكوين الشحم في الجسم بتمامه أعني متى كانت
عناصر التغذية تزيد عما يقدرها بمرحلة التحليل ومن جهة أخرى تحصل
هذه الاستحالة عند حصول نموك شديدة في الجسم ومع ذلك فهذا الاختلاف
ليس الا ظاهرياً فان كل واحد من هذين الامرين مماثل للآخر في تزايد كمية

المواد الشحمية في الدم غيراته في الحالة الاولى يأتي من الظاهر مواد شحمية
او غذائية منها يتولد الشحم في باطن الجسم وفي الحالة الثانية يمتص الشحم
الموجود في المنسوج الخلقى تحت الجلد وفي غيره من الاعضاء المحتوية على
مواد شحمية ويصل الى الدم ومقياً تأملنا كيفية حصول الاستحالة الشحمية
للكبد في الحالة الاولى نجد أن الأشخاص المعرضين لاكتساب هذا المرض
بسهولة هم المفرطون في المأكول والمشروب ولا يراهم الا قليلاً مؤثرات
التي يكادها هؤلاء الأشخاص المستمرون على نوع هذه المعيشة تشابه
الاحوال التي توضع فيها الحيوانات بقصد تسمينها وامتلائها بالشحم فانه من
المعلوم ان مثل هؤلاء الحيوانات لا تتعرض للشغل بل تحبس في اصطبلاتها
ويعطى لها مقدار عظيم جداً من الجواهر الكربونية الادراتية وكان بعض
الحيوانات تسمن وتغلي بالشحم بسرعة عظيمة والبعض الآخر لا يحصل له
ذلك الا ببطء عظيم فكذلك الأشخاص الذين يعيشون بهذه الكيفية بعضهم
يحصل عنده من مفرط واستحالة شحمية في الكبد بسرعة وآخرون مع
ذلك يسقون كميات كبيرة ويبقى الكبد على حاله الشحمية وأسباب هذا
الاستعداد الشخصي الذي يكون أحياناً وراثياً في بعض العائلات وكذا
أسباب العناية عن حصول السمن والحالة الشحمية للكبد عند أشخاص
آخرين مجهولة لنا الى الآن وقد تكون نتيجة عن سهولة او صعوبة تماثل
الاغذية كما انهم اقد تنجح عن بطء او سرعة التبادل العنصري الغذائي ومقياً
كان الاستعداد واضحاً حصل هذا المرض بسهولة عظيمة مهما كان
اختلاف نوع الاغذية مادامت تؤخذ بكمية أكثر مما يلزم لاجل تعويض
المقدار العنصري واما اذا كان الاستعداد ضعيفاً فلا يحصل هذا المرض
الا عقب تعاطي مقدار عظيم جداً من المواد الشحمية او من الكربونات
الابدراتية خصوصاً المشروبات الروحية ويظهر أن هذه السوائل الاخيرة
تؤثر في تنظيم حركة التغذية ولو أن هذا التوجيه غير ثابت ثبوتاً كافياً ثم
نلاحظ أن الاستحالة الشحمية للكبد عند المصابين بالدرن الرئوي معلومة
من منذ زمن طويل وقد وجهت هذه الظواهر والارتباط بين هذين المرضين
بعوق التنفس الذي ينتج عنه كما قيل تأكد غير تام في الكربونات الابدراتية

وهو سهولة استعمالها بسبب ذلك الى مواد شحمية لكن حيث كان من النادر حصول الاستحالة الشحمية للكبد في أمراض زرقية غير هذا المرض يفتح عنها كذلك علقن في التنفس ومن جهة أخرى حيث ان الدرن العظمي والمعوى والاستحالات السرطانية وغيرها من الامراض التي يفتح عنها الخفاقة عظيمة كثيرا ما تؤدي لحصول هذا المرض فلا يمكن اعتبار عروق التنفس سببا وحيدا لظهور الاستحالة الشحمية للكبد في الدرن الرئوي وانضم الى رأى المعلم (رى) القائل اولابان الارتشاح الشحمي للكبد في مثل هذه الاحوال تنما يفتح عن انشعاب الدم بالمواد الدهنية الناتجة عن الهوك العظيمة وامتصاص العناصر الشحمية لباقي الاعضاء كل من المدم (فربركن و بود) ويظهر أن تعاطي زيت كبد الحوت الذي يعطى بكثرة في هذا العصر لا غلب المصابين بالدرن الرئوي ليس خاليا عن التأثير في تقدم الارتشاح الشحمي للكبد عند وجوده

* الصفات التشريحية *

الارتشاح الشحمي الخفيف لا يغير حجم الكبد ولا شكله فلا يمكن معرفته الا بالبحث الميكروسكوبي واما الارتشاح العظمي فقيسه يزداد حجم الكبد ويصير مقرطعا ذا حافات أكثر ضخما واستدارة وازدياد حجم هذا العضو قد يكون قلبا في بعض الاحوال وعظيما جدا في أحوال أخرى والغلاف البريتوني للكبد المأكبالاستحالة الشحمية يكون لماعا شفافا ملمس وقد يشاهد فيه بعض أوعية دوالية ولون سطحه يكون اما أصفر محمرا أو أصفر فقط بحسب درجة الارتشاح الشحمي وكثيرا ما يكون اللون الاصفر متقطعا بلطح محمرة مقابلة لمحيط الاوردة المركزية وقوام الكبد يكون متنافسا بحيث يشبه العجينة ويحفظ ضغط الاصبع على شكل انبعاث وعند شقه يوجد قليل المقاومة واذا احس حدة المشروط تغطت صفحته عند الشق به بطبقة دهنية ومسطح الشق الذي لا يضر ج منه الا قليل جدا من الدم يكون ذا لون أصفر محمر أو مصفر وتشاذه فيه اللطح المحمرة التي سبق ذكرها

وعند البحث بالمكرو وسكوب ترى الخلايا الكبدية تكثر اذ في الطحج ومستديرة قلبلا ومثلثة بنقط شحمية صغيرة وعظيمة عند اجتماع النقط الشحمية

بعضها او يكون كل خلية فيسماها مشغولا بنقطة شحمية عظيمة والاورشاح
الشحمي يقيد على الدوام دائرة القصيصات الكبديّة أعني مجوار الاوردة
التي بين القصيصات وهي التفرعات الانتهائية لوريد الباب وفي بعض
أحوال نادرة قد تمتد الاستحالة الشحمية الى دائرة الاوردة المركزية (وهذه
الاوردة الاخيرة هي التي يفتح عن بقاؤها فتتاحها للطغ المحمرة الموضح بها
السطح الاصفر للكبد) بل وحينئذ تكون الخلايا الكبديّة المركزية أقل
احتواء على الشحم من الخلايا الكبديّة الموجودة في الدائرة والبحث
الكيمائي عن جوهر الكبد يلبي أيضا وجود كمية عظيمة جدا من الشحم
فقد وجد (ووكلين) في كبد متقدم فيه الاورشاح الشحمي ٤٥ جوا من
الشحم على ١٠٠ ووجد (فريركس) ٤٣ على ١٠٠ بل أن زيد من ذلك
والشحم يشتمل على الاولين والمجاورين بمقادير مختلفة ومقدار قليل من
الكولسترين

وهذا النوع من الاستحالة الشحمية للكبد التي سميت بالاستحالة الشحمية
للكبد تسمى (الروكتنسي) و (هوم) وهذه الحالة هي عبارة عن استحالة شحمية
في جوهر الكبد وانما يشاهد جفاف فيه بالشحم ولعان مخدوص شديد
الصفرة

• (الاعراض والسير) •

الاعراض المحسوسة للمريض تفقد في معظم أحوال الاستحالة الشحمية
للكبد وكذا الاعراض المدركة للطبيب لا تنضج الا عند تقدم هذا المرض
تقدم أعظمها ويغني البحث عن كبد الشخص ذوى السمن العظيم والمصابين
بالدور الرقوى زمانا فمننا ولولم يشك هؤلاء الأشخاص بتألم في هذا العضو
ففي وجد عند هم ازدياد في حجم الكبد الذي تسهل معرفته بسبب استطالته
وعظم حافته التي تسقط الى أسفل عقب استرخاء جوفه وكان غير متألم إذ سطح
ألمس ومقاومة قليلة بحيث لا يمكن الاحساس بالحافة السفلى بل مجموع
هذه الاعراض على تشخيص الاستحالة الشحمية للكبد كقوة صاحبها
اللبتين المذكورتين

ويبقى وصل الكبد الذي اعترته الاستحالة الشحمية الى غوة تسليم جدا كما

يشاهد ذلك عند الأشخاص المقرطين في المفاصل والمشارب أمكن ان ينتج
عن ذلك احساس بامتلاء في المراق الايمن كما يحصل ذلك عن غموا الكبد العظيم
مهما كانت طبيعته وان زادت كمية المواد الشحمية في جسد البطن والرب
والساريقا أيضا يمكن ان ينتج عن امتلاء البطن وتوتر جدره عروق في حركات
الجاب الحاجر وعسر في التنفس ويشاهد عند مثل هؤلاء الأشخاص ازدياد
في افراز الغدد الدهنية بحيث يصير الجلد لما عاوتى حصل عندهم عرق فانه
يسيل من الجلد الشحمي تقط لؤلؤية عظيمة وهذه الصفة الناتجة عن نفس
السبب الذي أحدث الاستحالة الشحمية للكبد كثيرا ما اعتبرت مرضا لهذا
المرض

ثم ان الكبد الشحمي لا ينتج عنه مكابدة عظيمة واصفراء توجب في جثة
الأشخاص بكميتها وتو كيبها الصحين غالباً ويسهل حقن او عينته ولا توجد
احتقانات في الاحشاء الباطنية غالباً ومن ذلك ينتج القول بان الارتشاح
الشحمي للكبد لا ينتج عنه اضطراب في وظائف هذا العضو ولا تأثير مضر في
الدورة ومع ذلك فهذا القول ليس له أساس الا في الاحوال الخفيفة الدرجة
من الاستحالة الشحمية او المتوسطة واما متى تقدم هذا الداء تقدماعظيما
فالغالب ان لا يوجد الا بعد الموت قليل من الصفراء في المسالك الصفراوية
وتكون المواد النخيلية قليلة اللون وكل من ضعف البنية لهؤلاء الأشخاص
مدة الحياة وعدم تحملهم للاستقرارات الدموية يدل على اضطراب وظائف
الكبد كما ان (فريركس) يستنتج من وجود التمددات الدولية الكاثنة على
محفظ الكبد ان انضغاط الاوعية الدموية يشاعره احتقان احتباسي
خفيف امام الكبد ولا يحصل اتفاخ في الطحال ولا استسقاء غير ان النزلة
المعدية المعوية التي توجد عند هؤلاء الأشخاص أيضا يظهر انها معلقة
باحتمقانات احتباسية وزعم فريلي وبرنس ان الاسهالات الغزيرة التي
توجد عند الأشخاص المصابين بالسل الرئوي بدون تغيرات مادية في جوهر المعى
مع استحالة شحمية في الكبد انما تتعلق بهذه الاستحالة المرضية الاخيرة وقد
قال كل من (شولتين) و (فريركس) بذلك ونحن كذلك قد شاهدنا اسهالات
غزيرة مستعصية عند أشخاص غير مصابين بالسل ولم نجد فيهم عند فعل

الصفات التشريحية تغير امراضيا آخر في اعضاء البطن سوى الاستحالة
الشحمية للكبد

• (المعالجة) •

دالات المعالجة السببية تستدعي تنويع حالة التدبير الغذائي متى كانت
الاستحالة الشحمية للكبد ناشئة عن الافراط في الماء كل والمشارب وفي
مثل هذه الاحوال لا يفر الا بصاء بغير التدقيق حيث انه لا يتبع ولا ينبغي
أمر المريض بغاية الدقة بعدد الساعات التي تلزم للرياضة كما انه ينبغي تعيين
الماء كل وتركيها بشرط ان تستخرج منها مع الدقة المواد الدسمة ولا ينبغي
ان يعطى المريض في المساء الا الشوربة المصنوعة بالماء أو الثمالة المطبوخة
وكذا ينبغي تقليل استعمال القهوة والشاي وترك استعمال المشروبات
الروحية بالكلية ومتى انضمت هذه الاستحالة لاحد الامراض المنهكة سيما
البدن الرئوي فلا تكون لنا قدرة على اتمام ما تدعيه المعالجة السببية

واما معالجة المرض نفسه فاجتهد في اتمام ما تستدعيه دالاته بواسطة
استعمال الجواهر الدوائية التي لها تأثير جيد في شفاء الاستحالة الشحمية
للكبد كما دلت على ذلك التجارب القسبولوجية فان الوريد الكبدي يوجد
محتويا على كمية من الشحم أقل مما يحتوي عليه الوريد الباب وقد شاء العلم
(فريركس) انه كلما زادت كمية المواد الشحمية المحتوية عليها الخلايا الكبدية
نقص مقدار منحصلاها ولا شك ان المواد الشحمية الواردة الى الكبد في الحالة
القسبولوجية تخدم في تجهيز الصفراء ومع ذلك يمكن ازالة ازدياد المواد
الشحمية في الخلايا الكبدية متى قوى افرازها وهذا التوجيه وان كان بينا
واضحا واتمام هذه الدلالة له الاجبة واجبا الا انه من العسر اتمامها قاتما
لاننا كما نقول ازدياد الصفراء ازدياد اعظيا بواسطة استعمال بعض
الخلاصات النباتية الخفيفة من منسما علمنا ان الصفراء افراز لأهمية
له وأهمية قليلة في مساعدة الهضم بل انها متحصلة تتعلق كل من كميته
وكيفيته بسرعة التبادل الغذائي العنصري أو يبطئه او بتغيرات أخرى
فيه ومن الجائز ان العصارة النباتية الحديثة الاستحضار لكل من التركسا كم
والشيليدونيم ونحو ذلك لها تأثير جيد شافي في هذا المرض متى استعملت

على شكل المعالجة المخصوصة بفصل الريسغ التي عند اجرائها تقيظ المرضي في انشقاق القبر وتبع تدبير اغذاثها لطفا مع الرياضة الكثيرة في الخلوات لكن من القريب للعلة قل جدا ان هذا التأثير الجيد يتعلق بتوزيع المعيشة غالباً وعكس ذلك يقال بالنسبة للمعالجة بمياه كرلس ياد وما ربه ياد وهمبرغ وكسنجن وغير ذلك وكذلك يعتبر في الصباح الذي يحصل عليه هذه المعالجة نوع المعيشة الجيدة لكن المهم في ذلك هو التأثير الذي ينتج من انخال كمية عظيمة من المحولات الحمية القوية في التبادل الغذائي العنصري فانه من المعلوم انه باستعمال مياه البنايسغ المذكورة يزول الشحم الزائد المتراكم في الجسم في زمن قليل بحيث ان اكثر المرضي يصير خفيفاً بعد مكثه قدر اربعة اسابيع في كرلس ياد ونحوه والسفر بالمشي مع المعيشة والتدبير الغذائي اللطيف لا يكفي في احداث هذه النتيجة وقد ذكر في تأثير البنايسغ القلوية الحمية نظريات لا تجدى نفعاً فمن جملة ما قيل مع المبالغة ان جسم الشخص المقيم في كرلس ياد مثلاً يشابه عمل الصابون واعتبر العارز الواسف صابوناً متكوناً من قلى السوداء الداخلة في الجسم ومن الشحم المذاب منه ولا حاجة لنا في مثل هذه النظريات وانما نتمادي على ارسال المرضي ذوى السمن المفرط والارتشاح الشحمي الكبدى الى تلك الاماكن لكن اجراء ما ذكر في المرضي الصابين بشحم الكبد عقب الهزلة العظيمة بعد من انحطاط دلالات عدم استعجال المياه القلوية الحمية في مثل هذه الاحوال تنفع من ذاتها وعند حصول فقر في الدم فيبقى تجربة استعمال المياه الحديدية كما يجبرو فرنسبرون وكسنجن وراجودتسى حتى يتأكد من تحمل معديتهم تلك المياه وعدمه وفي هذه الحالة الاخيرة فيجهد في تنظيم التدبير الغذائي ونوع المعيشة ومثل هذا التدبير يتبع في الاحوال التي فيها يوجد عند الصابين بشحم في الكبد اسهال

• (المبحث السابع) •

(في الاستحالة التشوية للكبد)

• (كيفية التهور والاسباب) •

الاستحالة التشوية للكبد تنتج عن تراكم مادة مخصوصة في الخلايا الكبدية

وفي جدر أو عينة الكبد طبعتم اليست معروفة بالكبد وانما تشابه التشابه
بالنسبة لتأثير اليود وحض الكبريت فيهما والظاهر انه أرتكنا على التشابه
الذي اورد قد أطلق أخيرا لفظ الاستحالة التشوية للكبد على جميع الاحوال
المرضية التي كانت تسمى بالاستحالة الدهنية للكبد بسبب اللعنان الدهني
لهذا العضو والمكابد لهذه الاستحالة

ثم ان الاستحالة التشوية الكبدية لا تشاهد مطلقا عند الأشخاص السليمي
البنية وتشاهد على الدوام في أحوال سوء القنية الواصلة لدرجة ثقيلة لاسيما
الناتجة عن الداء الخنازيري أو الراسكس أو الزهري أو التسمم الزئبقي
أو التقيحات الغزيرة المستطيلة أو التسوسات العظمية المزمنة وأحيانا
تشاهد هذه الاستحالة عند الأشخاص المصابين بالسل الرئوي وقد يودي سوء
القنية الاجابية في بعض الاحوال الى الاستحالة المذكورة

• (الصفات التشريحية) •

الاستحالة التشوية للكبد ينتج عنها غالباً ازدياد عظيم في حجم هذا العضو وقلة
وتغير في شكله مشابه لما ينتج عن الاستحالة الشحمية للكبد فانه يكون
مستطيلاً مفرطاً مخنق الحوافي والغلاف البريتوني للكبد يكون أملس
متوتراً وتماسك هذا العضو يكون صلباً و سطح شقه يكون جافاً بالكبد خالياً
عن الدم أملس مستوياً ذا لون سنجابي ولعنان دهني والشقوق الدقيقة في هذا
العضو تظهر شفافاً عند تعرضها للضوء ولا تغطي سطح المشرط بعبقسية
شحمية الا عند وجود استحالة شحمية في الكبد مع هذه الاستحالة وفي
الغالب يوجد كل من الطحال والكليتين مكابد الاستحالة مماثلة للاستحالة
الكبد

وعند البحث بالمكرو سكوب توجد الاخلية الكبدية ذات الاسطحة الكثيرة
مستديرة ومعددة ومتصلها الخبيبي ونوباته زائلة بالكبد وممثلة بدلائع
ذلك بمادة شفافه مستوية وعند وجود استحالة شحمية معها توجد الاخلية
الكبدية خموصاً الدائرية ممثلة بكرات شحمية متفرقة وعميق وضع محلول
اليود يشاهد لون أحمراً مسمر مخصوص بدلائع اللون الاصفر المسمر واما عقب
وضع حض الكبريت في يشاهد لون بنفسجي يصير غزاقاً فيما بعد

* (الاعراض والسير) *

الاستفاخ التدريجي للكبد في هذا المرض لا ينتج عنه آلام فلا تشتكي المریض ولا يتوقف لادائها الا عند ازدياد حجم هذا العضو ازدياداً عظيماً فيملأ المراق الايمن بحيث يملأ عندهم احساس بضغط وتوتر في هذا القسم وذكر المالم (بود) ان الاستسقاء الزقي من الاعراض الملازمة للاستحالة القشوية للكبد ونسب ذلك الى الضغط الواقع على تفرعات الوريد الباب وزعم انه يكفي خصوصاً عند الاطفال المنهوكين من الداء الخنازيري والاصابات العظيمة وجود استفاخ غير مؤلم في الكبد مصحوب باستسقاء زقي في تشخيص هذا الداء لكن نسبة الاستسقاء الزقي في هذا المرض للتهوية العامة وميوعة الدم اولى من نسبته لضغط الكبد وضغط امياني كما فان اذيعا الاطراف في هذا المرض تسبق على الدوام الاستسقاء الزقي وكما ان الخلايا الكبدية المتزايدة الحجم لا تضغط في هذا المرض على القريعات الوعائية فتكذلك لا تضغط على المسالك الصفراوية ولذا كان عدم وجود البرقان في هذا المرض قاعدة عامة لكن بسبب وجود بعض المضاعفات خصوصاً الاستحالة القشوية لانه قد لا يتفاوتية المجاورة لقرحة الكبد البوائية يمكن ان ينتج عنها برقان خفيف أو شديد ولذا نبه المالم (فريركس) على انه لا ينبغي اعتبار فقد البرقان علامة شخصية للاستحالة التي نحن بصددھا ثم ان تناقص الافراز الكبدی في هذا المرض الناتج عن مكابحات الحويصلات الكبدية لهذه الاستحالة ينتج عنه قلة تالون المواد الثقيلة وحيث ان الاستحالة القشوية لا تكبد لا توجد الا عند الاشخاص الواقعين في سوء التقنية فلا يمكن نسبة ضعف تغذية المریض واستسقاء لونه واغشيته المخاطية ووجود الارتشاحات المصلية عنده لهذه الاستحالة فقط وحينئذ يؤسس تشخيص هذا المرض في الغالب على معرفة اسبابه ووجود تورم صلب مدرك باللمس في المراق الايمن مع وجود تورم في الطحال أيضاً وزلال بولي وباعتبار وجود ما ذكره سهل تشخيص الدرجة العظيمة في هذا المرض

* (العلاج) *

ليس من الاكيد ولا القريب للعقل ان الكبد المكابدة للاستحالة القشوية

يزول تغيره فيصغر حجمه ويعود الى الحالة العنسية ثانيا ولو قال بذلك بعض
المؤلفين ولذا كان ما اوصى به الملم (بود) في هذا المرض من استعمال الدلك
بالمراهم اليهودية على قسم الكبد مع السكر ولا يعاب به ولا فائدة فيه ومن
الموصى به في هذا المرض بكثرة استعمال الاستحضارات اليهودية من الباطن
ولاسيما شراب بودورا الحديد والحامات المليحة والاستحضارات الحديدية
وهذه الاستعمالات الدوائية وان شئت في انها تزيل هذا المرض لادوائها
تساعد على ايقاف سيره وتقدمه اذ من المعلوم ان اليود ومركباته كما انها
نوعية في الاوقات الزهرية الثلاثية كذلك تؤثر جيدا في اوقات ديسكرازية
اخرى وكذا المركبات الحديدية فان منفعتها في مثل هذه الاحوال مضاربة
للققر الدموي وانتخاب احدهذين الجوهرين الدوائيين مفوض لمطابقة
الطبيب على حسب مقتضيات الاحوال

(المبحث الثامن)

(فسرطان الكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

الكبد كثيرا ما يصاب بالسرطان بحيث انه يوجدته عالما شاذة (بروكتسكي)
في كل خمس حالات من الاستحالات السرطانية للأعضاء المختلفة حالة من
سرطان الكبد وذكرا الملم (ايلسر) انه وجد هذا المرض ثلاثين مرة
في أربعة آلاف صفحة تنشر بحجة بحيث يوجد في كل ثمانية جثة تقرير ساحة
من هذه الاعابة وكثيرا ما يكون سرطان الكبد اوليا وفي أحوال أخرى
يعقب سرطان المعدة والمستقيم وغيرهما من الاعضاء وكثيرا ما يعقب
استئصال أورام سرطانية من ظاهرا الجسم

واسباب سرطان الكبد كبقية أنواع السرطانات مجهولة وقد ذكر المؤلفون
انه يشاهد في الانثى المتقدمين في السن اي الذين سنهم من ٦٠ الى ٧٠
ويصيب الذكور أكثر من الاناث وأن من الاسباب المتقدمة الضربات
او السقطات على المراق الايمن وفقد كمية عظيمة من الدم والحيات المتقطعة
المستطيلة وانقطاع الحولات المختلفة انقطاعا لثابتا والتباعد عن التدبير
الصحي سيما الافراط من الشروبات الروحية لكن جميع ذلك غير مؤسس على

مشاهدات قطعية

* (الصفات التشريحية) *

أكثر أشكال السرطان حصولا في الكبد هو النضاج وقد يكون نارا أو راما محدودة تحديدا أو اخضا ونارة يتمتشر بدون حدين الخلايا الكبدية في الاولى ينشأ في الكبد أو رام مستديرة عديدة قصبيصة محاطة بمحطة خلية رقيقة كثيرة الوعائية ويظهر فيها عضد قريح من البريتون تفرطح أو اتباع سطحى ويسمى بالسرة السرطانية ويختلف حجم هذه الاورام وعدد هافها من حجم البصلة الى حجم رأس مفل وتكون اما وحيدة او متعددة وكلما كانت بالقرب من سطح البريتون ظهرت تحدبات وبروزات على سطح هذا العضو وتماسك هذه الاورام اما ان يكون في قوام اللحم الصلب او قوام المادة النضاجية اللينة وعند الضغط على الاورام السرطانية الرخوة يسيل منها مادة لينة غزيرة بخلاف الصلبة فلا يسيل منها الا القليل من هذه المادة ويختلف لون الاورام باختلاف اوعيتها كثرة وقلة فاما ان تكون بيضا لينة او حمرة وقد تكون حمراء اكنة عقب غزقات وعائية او سودة بتر كما تبججنتية فيها والابراء المصونة عن الاصابة السرطانية من جوهر الكبد تكون في حالة احتقان شديد تساعد جدا على تمدد هذا العضو وازدياد حجمه ازديادا عظيما ولا ينبغي ان يكون جوهر الكبد متلو نابلون اصفر فاقع عقب انضغاط المسالك الصفراوية واحتباس الصفراء والاخلية الكبدية المجاورة لهذه الاورام السرطانية يعتبرها غالبا استحالة شحمية وفي الغالب يحصل في الغلاف المصلي للكبد اعلى الاورام السرطانية التهابات مزمنة جرثومية بها يتكاثر هذا الغلاف ويلتصق بما حوله من الاجزاء وفي احوال أخرى يكون فيه مواد سرطانية تمتد الى جميع اجزاء البريتون ثم ان تكون الانتعاج السرى السرطاني في سرطان الكبد ينشأ كغيره من انواع السرطان عن ضمور اجزائه القديمة التي تكاد عناصرها الخلوية استحالة شحمية فتشككش وقد يتهد هذا الضمور ويمتد الى جميع اجزاء سرطانية بحيث لا يبقى منها الا مواد مصفرة هشة مضمرة في منسوج خلوى منكش (وهو الغلاف الباقي من السرطان) وان وجد بجوار هذه المواد التديسة

أورام سرطانية حديثة في الكبد فلا يشك في أنها كانت من طبيعة سرطانية وان لم تشاهد أورام سرطانية حديثة بجوارها وقع الشك في كونها آثار أورام سرطانية شفيت أو بقايا تغيرات مرضية أخرى وكثيرا ما يلين السرطان الضاحي فيؤدى الى التهاب بريتنوفي حديث ونزيف خطري في تجويف البطن وأما الشكل الثانى من السرطان الضاحي الذى سماه المعلم (دوكتسكى) بالارتشاح السرطاني فحيث توجد أجزاء عظيمة من الكبد مستجيبة الى مادة سرطانية مبيضة وكل من الاوعية المسددة والمسالكة الصفراوية النجا ووردة لبقايا الاخيلية الكبدية الواقعة في الضمور والاستئصال الشحمية المتراكم فيها مادة بجمتية صفراوية تتخذ في هذه المواد المبيضة على هيئة أشربة أو صفايح غير منتظمة والارتشاح السرطاني ينتقل من الدائرة الى الجوهر السليم من الكبد بالتدريج بحيث يوجد محال تتسلطن فيها المواد السرطانية وأخرى الاخيلية الكبدية وأما السرطان الهلامي الذى يكاد يكون مجلسه الوحيد المعدة والمخى والبريتون فقد يمتد الى جوهر الكبد وفي حالة شاهدها المعلم (لوسكا) كان الكبد بجمعه مستجيلا الى مادة سرطانية غير منتظمة من طبيعة هذا السرطان

ومن النادر جدا مشاهدة السرطان البشرى في الكبد فيكون على هيئة تعقدات صغيرة متفرقة من طبيعة هذا السرطان وقد ينضم الى سرطان هذا العضو سرطان الوريد الباب وفيه يمتلئ كل من أصل هذا الوريد وجذوعه وفروعه بسدة من مادته سرطانية قليلة التماسك وفي حالة شاهدها كانت على خلاف ذلك بمعنى ان سرطان الوريد كان مضاعفا بسرطان المعدة وكان سرطان الكبد الذى في الجنة ناشئا مع غاية الوضوح من امتداد الاستئصال السرطانية للوريد الباب الى جوهر الكبد

* (الاعراض والسير) *

حيث يندر ان يكون سرطان الكبد أوليا وغالبا يكون ملازما لا فقه في المعدة من نفس هذه الطبيعة تكون الاعراض الخاصة به عسرة التمييز وقد يتبدأ بحقنة في بعض الأحوال النادرة خصوصا التى يكون فيها هذا الداء أوليا ومنفردا بحيث يتقدم تقدمًا عظيما بدون ان يعرف لكن غالبًا يجم

باضطرابات مختلفة واضحة جهة القناة الهضمية كفقْد الشهية وتغيرها تغيرا
غير طبيعي والتجشؤ الغازي وعسر الهضم لكن جميع هذه العلامات تنسب
لمرض المعدة المصاحبة وفي دور كثير التقدم أو قلله من هذا المرض يحس
المريض غالبا بالحم في المراق الايمن يختلف كثيرا بالنسبة لكتيفيته فتارة يكون
راضا وتارة ناخسا وهذا هو الغالب وهو وان كان منشوء في المراق الايمن
يتشعع الى اتجاهات مختلفة وتارة يكون قارصا بشدة وهذا الالم يزداد بالحركة
والضغط واهم علاماته الناتجة جدا هي التي تنتج من تزايد حجمه وذلك بان
يحس عند المريض بواسطة الجس غالبا بحافة الكبد المجاورة للاضلاع
الكاذبة في جميع امتدادها او بعض اصقار منها وتكون ذات مقاومة عظيمة
عند الضغط عليها ولا يتدر امتداد الكبد امتدادا عظيما بحيث يصل الى السرة
او العظام الحرقمية وحيث يكاد يوجد على الدوام كدل سرطانية منتشرة في
جميع سطح هذا العضو يحس فيه بأورام صلبة كثيرة أو قليلا ذات مقاومة
ومؤلمة وذات تحدبات احيا أو احيا بالايوجد الاورم واحد واذا كان
السرطان مصيبا لجميع جواهر الكبد يحفظ هذا العضو شكله الاصلى
بحيث لا يعرف غالبا بالجس الاصلابة حافته المجاورة للاضلاع ويعرف
بواسطة القرع تزايد حجم هذا العضو وامتداده في البطن وتجويف الصدر
والبرقان يمتد أيضا من جهة اعراض سرطان الكبد الا انه ليس دائم الوجود
وهذا يغيب الضغط الواقع على القنوات الصفراوية وكثيرا ما ينتج عن هذه
الآفة أيضا الاستسقاء الرقي الذي يحصل امان وجود أورام سرطانية
ضاغطة على الاوعية الغليظة البطنية أو الضغط الواقع عليها بسبب تزايد

حجم الكبد

و يوجد زيادة عن هذه الاعراض الرئيسة لسرطان الكبد اعراض أخرى
ناشئة عن اضطرابات الوظائف الهضمية كعسر الهضم وتغير الشهية
وامساك يتعاقب مع اسهال يستمر نحو انتهاء المرض واذا كان حجم الكبد
عظيما جدا حصل عند المصابين به عسر في التنفس ومق تقدم هذا المرض
انضم لذلك اعراض الديسكرازيا السرطانية وتغير التغذية العامة فاذا لم
يوجد البرقان صلا الوجه باهتا وتلون بالصفرة الخفيفة أى اللون التيفى أى

الذي يوجد في جميع الامراض السرطانية ثم تتقدم النخافة فتقدم ما عظمها
وتقع المرضى في الهلكة المؤدية الى الانتهاء المحزن
ثم ان سرطان الكبد ذو سير مستمر بطي غير انه نحو الانتهاء اى في الدور المسحي
بدورالين يصير سريريا ومدته طويلة فقد يكتأ أكثر من سنة وانهاؤه محزن
دائما ما بذاته او بسبب آفة سرطانية أخرى او مضاعفة بالتهاب بريوني او
معوى او بليوراوى

(التشخيص)

في كثير من الاحوال يعسر تمييز سرطان الكبد عن ضخامته البسيطة والتهابه
المزمن بل وعن اورامه المتكيسة سيما اذا كانت غير سطحية والعلامات الدالة
عليه في الاحوال الواضحة هي تعب والم في المراق الايمن تحتلف شدته يكون
من زمن طويل وازدياد حجم الكبد وظهور اورام متفرقة على سطحه مختلفة
الصلابة وحصول نخافة عظيمة مصحوبة بالألون الاصفر التبقى كما في
الامراض السرطانية غالباً فان تحقق مع ذلك من وجود سرطان المعدة كان
التشخيص يقينياً وفي الاحوال المشكوك فيها يمكن فعل بزل استقصائى

(الحكم على العاقبة)

السرطان الكبدى خطر للغاية كما لا يخفى ويشترط خطره عند اضطرابات
الوظائف الهضمية وظهور الاستسقاء او مضاعفة أخرى من جهة الرئة
او البليورا فان سير المرض يصير سريعاً جداً

(المعالجة)

معالجة هذا الداء لا تكون الا تسكينية فيستعمل وضع العلق اذا حصل التهاب
بريوني جزئى واحداث آلام شديدة وتقاوم الآلام الناجمة بالحرار ريق
الطيارة والوضيعات المليئة ويقتضى مقاومة الاعراض الآتية من نحو القناة
الهضمية حال ظهورها فيقاوم الامساك بالمسهلات الخفيفة كلن وزيت
الخروج والاملاح المتعادلة ويقاوم الامساك بالحقن المضاف اليها اللودنم
وتعطى قليل من الافيون ويلزم الطبيب الالتفات للتدبير العصى ومعالجة
المضاعفات حسب ما تقتضيه الحالة الراهنة وحيثما يستدعى الاستسقاء
الرنقى الذي يضاعف كثير اسرطان الكبد عملية البزل

• (المبحث التاسع) •

(في درن الكبد)

لا يكون درن الكبد اوليا مطلقا بل ينضم دائما للدرن في غير هذا العضو او يكون ظاهرة للدرن الدخني الحاد وحينئذ ترى تحميمات قليلة الشفافية كحجم الدخن سنجابية اللون منتشرة على السطح الظاهري من الكبد وعند وجود درن متقدم في المي أو الرئة توجد مواد درنية جبنية في الكبد صفراء احيانا في حجم حب الشنارق او البسلة ومن النادر ان ينتج عن تلاميذ هذه المواد جيوب مملئة بصديد درني والقالب انها تضغط على القنوات الصفراوية الشعرية فتؤدي لتقدي في اجزائها السكاثة خلف الاصفار المنضغطة وبذلك تقشاجا ويرف في حجم الدخن او البسلة مملئة بمواد صفراوية مخاطية لا تختلط بالكهوف الدنية ولا يمكن معرف درن الكبد مدة الحياة

• (المبحث العاشر) •

(في الاورام البيدانية الحويصلية للكبد المعروفة بالايكنوكوكول)

(وهذه اللفظة المركبة معناها البيدان الحويصلية ذات الخراطيم المتوجة بتاج من كلاليب)

نسبة هذه البيدان للبيدان الايكنوكوكية الشريطية كنسبة البيدان الحويصلية الخلائية للدودة الشريطية الوحيدة بمعنى انها عبارة عن الفقس الحديث الخالي عن أعضاء التناسل من تلك الدودة التامة التكوين والتجارب الجسدية التي فعلت في الحيوانات التي أدخلت في غذائها الايكنوكوكول المأخوذ من جسم الانسان وان لم يحصل منها على نتائج ثابتة الا انه بها يمكن احداث البيدان الشريطية الايكنوكوكية في امعاء الحيوانات التي صار تغذيها بالايكنوكوكول المأخوذ من حيوانات أخرى غير الانسان

والكيفية التي يوصل بيض ويرومة البيدان الشريطية الايكنوكوكية الى كبسلة الانسان حتى تقف فيه ويتكون منها حويصلات ايكنوكوكية مجهولة وهذه البيدان توجد بكثرة في جزائر ازلاند حتى انه ينتج من قول أطباء هذه الجهة ان غن المرضى الذين يعرضون عليهم بل ان كل واحد من سبعة يكون مصابا بهذه البيدان في اجزاء مختلفة من الجسم ويظهر من القياس

والتقاويم ان وصول هذه الديدان لباطن الانسان يكون بالكيفية الآتية
وهي ان الحيوانات الموجودة في باطنها الديدان الشريطية الايتنو كوكية
ينسحق منها زنا فزنا بعض عقل تامة التكون مع المواد البرازية وان
البيص والجراثيم المحتوية عليه هذه العقل يختلطان بمياه الشرب بكيفية
مأ أو بالمطعومات التي تؤكل نيئة فينتدق وتصل هذه الجراثيم الصغيرة الى
باطن القناة الهضمية تثبت بكلاسيها الستة جدر المعدة أو المعى وسببت
بعمدا حتى تصل الى الكبد وحينئذ فالجراثيم المكونة قوتق
وتتكون عنها حويصلة عظيمة ينمو على سطحها الباطن عدد عظيم جدا
من فقس الديدان الشريطية غير تام التكون وغالبها يتكون زيادة عن هذا
الفقس النامي في باطن المفاان الآتية حويصلات أخرى متولدة منها تعرف
ببنات الحويصلات وعنها بنات البنات المحتوية على الفقس أيضا

والظاهر ان وجود هذه الديدان الحويصلية في جزيرة ازلاذه وطيني نانج كما قاله
(كيشن ميتسر) عن وجود عدد عظيم من الكلاب التي تربي في هذه الجزيرة
وعن درجة حرارة مياه الانهر الفاترة المعدة لشرب أهل هذه الجزيرة فالظاهر
ان الكلاب تزدرد هذه الحويصلات المنسقة اما من القم أو الاست
أو الايكاس المنقحة حيث لا يعتنى بإزالة هذه المتحصلات فضلا عن مساعدة
المياه المذكورة على نموها تيك الجراثيم كما تساعد على نمو جميع الحيوانات
الدينية الرتبة وزعم الطبيب المذكور ان هذه الديدان متى وصلت الى معى
شخص وتوطنت جسمه تنمو وتتحيل الى ديدان شريطية كما ان جراثيم هذه
الديدان الموجودة في معى شخص تسبح نحو الكبد وتتحيل الى حويصلية
(الصفات التشريحية)*

الايكاس الايتنو كوكية تكون في الكبد اما فردى او متعددة بكثرة وهي
في الفص اليمنى أكثر من اليسارى ويختلف حجمها من الحصة الى قبضة اليد
او الى رأس الطفل ومتى عظم حجمها وكثرت عددها ازداد حجم الكبد ازديادا
عظيما وما كان وضعه غائرا من هذه الايكاس في هذا العضو ومحاطا بجوهره
لا يفسد شكله الا قليلا واما الايكاس العظيمة الموضوعة على سطحه الظاهر
فانها تبرز منه بروزا عظيما على شكل كرات صغيرة او عظيمة فينشأ عنها نشوء

عظيم في شكل الكبد والا يكأس الدائرية تكون محاطة بغلاف يرتوي
شديد الالتصاق وجوهر الكبد يتلاشى ويضمحل هذه الحيوانات الطبقية
بحيث يفقد معظمه وما بقي منه يكون كثير الدم بسبب احتقانه الاحتباسي
والحوصلات الديدانية تكون محاطة بمخضلة لينة كثيفة ناتجة عن
تسكونات خلوية ومع ذلك يسهل نزاعها منها وأما الغشاء المكون للحوصلات
فقدسها فيكون رقيقة نصف شفاف كلال البيض المنعقد وبالبحث عنه
بالمكروسكوب يظهر أنه متكون من عدة صفائح متراكمة فوق بعضها كثيرة
الرقعة وعند فتح هذه الحوصلات يخرج سائل شفاف مصلى فيه عدد عظيم من
حوصلات ثانوية (أي بنات الحوصلات الامهات) وهذا السائل يحتوي
تقريباً على ١٥ جزءاً من المواد الصلبة من القبرسوليس فيه مادة زلالية بل
املاح سيالط الطعام ويوجد فيه أيضاً بعا (لهيتس) ٣ أجزاء من كهرمان
الصودا وتركيب الحوصلات الثانوية يشابه الحوصلات الامية وجميعها
يكون من حبة الدخن الى القندقة والعظيم منها يسبح في هذه الحوصلات
واما الصغيرة منها فيثبت بسطحها الباطن واما الحوصلات الثلاثية (أي
بنات البنات) التي لا توجد الا في باطن الثانوية العظيمة فيقرب حجمها من
رأس الدبوس ويوجد في السطح الباطن من جميع هذه الحوصلات نوع
مادة ترابية مبيضة وبالبحث عنها بالمكروسكوب يرى فيها عدد عظيم جداً من
الديدان الشعرية غير تامة السكون أو قسمها وطول كل منها ربع ملية
وعرضه عن ورأسها غلظ موشع بأربعة محصات وخرطوم محاط بصفي من
الكلايب ويكون الرأس منفصلاً عن الجذع القصير يميز محتوي على راسب
كسبية عديدة مستديرة أو بيضاوية وغالباً يكون الرأس داخل في الجذع
بحيث يظهر ان شكل هذه الحيوانات مستدير أو هرمي كشكل القلب
ويكون تاج الكلايب شاغلاً للمركز ويندغم في الطرف الخلقى من هذه
الحيوانات ذنب قصير لتثبت به هذه الحيوانات ثم يتصل فيما بعد ويسبح
في السائل

والديدان الحوصلية كثيرا ماتت لك فيبط كل من الحوصلات الاولية
والثانوية فتعكر متصلها ثم يستحيل الى مادة شمعية او مادة ضامة كثيفة

تشتل على املاح كاسية وشحم وكولسترين ولا يتي من هذه الحيوانات
 البعض كلاب تشابه كما قاله (بود) اسنان او عظام بعض الحيوانات
 العظيمة التي تبقى بعد موتها زمانا طويلا وفي احوال أخرى تمتد الكيس
 شيئا فشيئا حتى تمزق فاذا انفجر مع ذلك الغلاف البريتوني المتقيد انكسب
 المتصل في تجويف البطن فينتج عن ذلك التهاب بريتوني شديد وذلك يلتصق
 الكيس أيضا بالاعضاء المجاورة بحيث يستقر عند انفجاره في المعدة او الحى
 او المسالك الصفراوية او الاوعية الغليظة المجاورة او البليورا بعد عدد الجباب
 الحايض وورقه وانفجاره بسبب ضغط الكيس عليه بل وقد يستقر في متصل
 الكيس في الشعب بعد التصاق البليورا بالترتين وانثقابهما وفي احوال
 أخرى قد ينتج عنها التهاب في الاجزاء المحيطة وعلى الخصوص في الغلاف المحيط
 بها وحينئذ تظهر اعراض التهاب في الكبد وتصبح شديدا بل وتقع في الكيس
 نفسه وفيما حاولنا من اجزاء الكبد والمخارج المتكون في الكبد بهذه الكيفية
 يمكن ان ينفتح الى الظاهر او الباطن وفي الحالة الاولى يشاهد منحصل
 الحويصلات محتلا بالصيد

• (الاعراض والسير) •

قد تحقق لنا من المشاهدات اليومية ان الاورام الليفانية الحويةصلية كثيرا
 ما تكون في الكبد بدون ان ينتج عنها اذى عرض وبدون معرفتها لمن
 عديدة ونحو هذه الاورام الحويةصلية البطيء هو السبب في فقد الاعراض
 لمدة طويلة ابتداء بحيث لا يعرف غالباً هذا المرض باعراض مدركة للمريض
 بل يظهر ورور في المراق الايمن ومعرفة ذلك اما من المريض او الطبيب ومضى
 تحت هذه الاورام وكذا الكبد نمو اعظم ما يمكن ان ينتج عنها الاحساس
 الخصوص المذكور بكثرة وهو التوتر والضغط في القسم الشراسبي والجباب
 الحايض بسبب اندفاعه الى أعلى يحصل في وظائفه عوق وكذا الضغط الواقع
 على القص السفلى من الرئة اليمنى وحصول الاحتقان الجانبي القمى في
 الاجزاء غير المضغطة من الرئة يمكن ان ينتج عنه ضيق التنفس والالتهاب
 الشعبي النزلي وكذا يمكن ان يشاهد كل من الاستسقاء الرئوي واليرقان بدرجة
 مختلفة عقب الضغط الواقع على فريعات الوريد الباب والمسالك الصفراوية

الصغيرة والقنوات المقررة للصفرء ومع ذلك فهذه الظواهر جميعها نادرة
الحصول

والذي يستدل به بالا كثر على هذه الاورام ويتوصل به الى تشخيصها بالبحث
الطبيعي فان الايكاس الحويصلية متى وصلت لحجم عظيم وكانت متعددة يمكن
معرفة ما يجرد النظر فانها تحدث تقريبا عظميا في المراق الايمن يمكن امتداده
الى قسم السرة بل والى المراق الايسر والورم الناتج عن ذلك وان كان حافظا
اشكل الكبد الا انه يوجد على سطحه تكدسات مختلفة الحجم ومع ذلك فان
الجهة اليمنى من الصدر تمتد وتبرز الاضلاع اليمنى الى الخارج وبالحس
يحمس يتزايد حجم الكبد وبالصفة الكرية المحذبة لسطحه الظاهر وهذه
التكدسات تظهر فيها امرؤة عظيمة جدا أكثر مما تفقد التكدسات السرطانية
الرخوة جدا وصوت القرع يكون اصم في جميع امتداد الكبد وعند فعل
القرع يحس احيايا بقوجات مخصوصة مع اهتزاز مخصوص يسمى بالتقوج
الحويصلي وهذا التقوج كالذي يحس به عند القرع بالا صم على مادة
هلامية متسككة والمعلم (يورى) يسمى ذلك بالاهتزاز الحويصلي

ولا يعتبر من اعراض انهما هذا المرض الثلاثى التدريجي للايكاس البديانية
فان هذا الانتهاء لا يحصل الاق الايكاس الصغيرة غير المدركة ومتى انفجر
الكيس في تجويف البطن نفع عن ذلك اعراض مشابهة بالكلية انثقاب
قرحة معدية بحيث ان لم يتيسر للطبيب تشخيص الايكاس وقع في حيرة لعدم
معرفة السبب الاصلى للالتهاب البريتونى وطبيعة المتحصل المتسكب في البطن
وفي هذه الحالة مما قليل من الايام تم لك المرضى بسرعة من الالتهاب البريتونى
ذى السير الحاد جدا ولا يمكن تشخيص انفجار الايكاس الحويصلية الا اذا
وجد بعض قطع منها في مواد القي أو البراز أو النفس ومتى نفع عن الكيس
الحويصلي التهاب فى الاجزاء الكبدية المجاورة له صار الورم مؤلما جدا باضغاط
وشوه حصول تشعيرة واعراض حية وظهرت اعراض الالتهاب الكبدى
التقيى بجميع انما آتة التى ذكرناها فيما تقدم فاذا انفتح الخراج الى الظاهر
أمكن أن يشاهد فى الصديد بعض أجزاء من طبقات الايكاس المتراكمة فوق
بعضها أو بعض ما اتصل من تيجان كلالها

* (المعالجة) *

قد أوصى في الاورام الحويصلية البدائية للكبد باستعمال المكمدات
المصنوعة من محلول من كرم من ملح الطعام على قسم الكبد وقد زعم (بود) انه
بواسطة قوة الجذب الخاص والشرابية العظيمة للحويصلات بالنسبة
للكلور والصدويم تنفذ هذا الملح في سائل الديدان الحويصلية ويمنع
تزايدها ونموها بل يهلكها بالكليية كما ان بعضهم أوصى باستعمال المركبات
اليودية والرتبية زعم بأنها تقتل الحيوانات الطفيلية بل واستعمل بعضهم
الجواهر الدوائية القاتلة للدود في هذا المرض ولم يجد كل ذلك ففعلا ولا يصاب
بهم مؤسس على نظريات عقلية لا تجارب فاذا أريد استعمال أحد هاتين الأولى
انتخاب ما لا مضرة من تأثيره على الجسم والظاهر ان عملية فتح هذه الايكاس
في جزيرة ازلانده كثيرة الحصول واما في بلادنا فقد اعقب احياها فتحها
عوارض خطيرة فلذا ينبغي قبل فتح الايكاس التمسك بجميع الاحتراسات التي
تفعل عند فتح خراج الكبد

* (المبحث الحادي عشر) *

(في الاورام الايكنو كوكية المتعددة الجيوب)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

كثيرا ما وجد في العصر المستجد عند فعل الصفات التشريحية ان اجزاء عظيمة
من الكبد مستحيلة الى ورم مخصوص متكون من طبقة غلوية وعدة من
الجيوب المختلفة الاتساع ممتلئة بمواد هلامية وقد اعتبر الاولون من
المشاهدين لهذه الاورام انها نوع من السرطان ذي الجيوب اي الهلامي
لكن المشاهدات المكروية الاكيدة ايدت لنا ان منحصل هذه الجيوب
الهلامي متكون من العناصر والاجزاء الخاصة بالديدان الحويصلية
وأكدت أيضا انها ناتجة عن سبع وثمان هذه الديدان

وكيفية منشاء هذه الاورام المسماة بـ (ورم جوف) بالاورام
الايكنو كوكية الجيبية ليست واضحة لكن من القريب للعقل جدا ان
منشاء هذه الاورام ليس ناتجا عن اختلاف نوع الحيوانات الطفيلية بل ناتجا
عن نوع سببها وسمياتها الفصوص وعن مجلسها ونموها وقد زعم المعلم

المذكور ان شكل هذا المرض يحصل عن سبع جرثومة الديدان المذكورة
 في الاوعية الليفية والكبدية وان ايكاس تلك الاورام تتكون في باطن
 هذه الاوعية وذهب ليكهرت الى أن التغيرات المذكورة تحصل في الاوعية
 الدموية وذهب فريدرش وكان قد وجد في الحالة التي شاهدها امتلاء القناة
 الكبدية بالمواد الايكنوكوكية الى ان تتكونها انما يحصل في المسالك
 الصفراوية وقد حرى المعلم (كيشن ميستر) خطأ بايشتمل على التوجيه
 الا في الذي اظن انه بسيط واضح وهو انه يشاورم ايكنوكوكي متعدد
 الجيوب بدلا عن شكل المرض المتأخر من الايكاس الديدانية متى لم يتكون
 حول جرثومة هذه الديدان محفظة خلوية او ان تلك المحفظة يثقبها هذا
 الحيوان الطعيلي قبل ان تصير صلبة ذات مقاومة وحيث انه عند فقد
 المحفظة المتدحجة تسبح هذه الديدان وتسير الى جميع الاتجاهات فانها تسمى
 الى المحال القليلة المقاومة فان وصلت الى احدى القنوات الممتدة في الكبد
 او ثقت في انما سيرها احدى هاتيك القنوات سمحت في باطنها حتى غلظت
 فشا مجموع تلك القنوات وحيث ان كلامن ورجوف وليكهرت وفريدرش
 قد تحصل على نتائج مغايرة في اتجاه الدقيقة المعتمد عليها ولا بد بحيث ان كلا
 منهم وجد المواد الايكنوكوكية مائة للجموع فتوى آخر من الكبد ساغ
 اقتنا القول بان سبع هذه الحيوانات الطعيلية في الاوعية الليفية والدموية
 والمسالك الصفراوية وثقبها جازوا ان كلامن هذا المجاميع القوية قد
 يكون مصونا عن وجود تلك التغيرات فيه

(الصفات التشريحية)

تكاد الاورام الايكنوكوكية الجدية ان يكون مجلسها القص اليميني من
 الكبد لكن شاهدة في حالة من ثلاثة احوال ان مجلسها كان في النقص
 اليساري من هذا العضو وعظم هذه الاورام قد يصل الى حجم الرأس بل أكبر
 من ذلك والطبقة الخلوية يكون قد اعترها استحالة ضخمة متقدمة
 والجيوب التي تنفتح عند شق تلك الاورام تشابه بالكيفية التجاويف التي توجد
 على سطح الخبز الموشح التضيق جدا عند شقه وعند البص بالمرسكوب
 عن المواد الهلامية المحمورة عليها تعرف الاغشية الواصفة للايكنوكوك

المشتملة على ترا كانت كل سنة عديدة صغيرة وكبيرة بل وبالبحث الدق المستطيل
يمكن وجود نيجان من الكلايب أو بعض الكلايب ويندر وجود نقص
تام من تلك الديدان الا في حالة قد شاهدتها ووجدت في دائرة الورم حويصلات
في حجم الكرز مرصعة في سطحها الباطني بعدد عظيم من القنص والجراثيم
التامة وما عدا هذا الحالة من الاحوال المعلومة ففيها يوجد مركز الورم
متقيصا والتجويف الناشئ عن هذا التقيص مشغلا على سائل عكروذي لون
امر سنجابي متكون من بقايا تلك الديدان وترا كانت كل سنة وكرات ضخمة
وبلورات كولستيا ونية وجد هذا التجويف الغير المستوي يكون
ذالون ومخترابي مشغل عند النظر اليه بالمكرو سكوب على بلورات ظريفة
هما توفية

• (الاعراض والسير) •

الاعراض الناشئة عن الاورام الاكثو كوكية المتعددة الجيوب تختلف
بحسب تكون تلك المواد الديدانية في أحد المجلع القنوية من الكبد
وسلامة الباقي منها وانسداده وبهذا يتضح الامر المعلوم من أن مجموع
الاعراض الواصف لتلك الاورام الذي ينشأ (فردريش) يطابق بالكلية
بعض أحوال من هذا المرض مطابقة تامة حتى به ولا بد يسهل تشخيصها
وفي أحوال أخرى تفقد الصفات الواضحة الدالة عليها والشرح الآتي
لمجموع اعراض المرض من تمكن فيه الى عدد عظيم من مشاهدتنا والى
البيان الواضح لمشاهدات بعض أحوال لغيرنا

فهذا المرض يندى ولا بد به كيفية كاملة واعراضه الابتدائية لا تظهر
غالبا الا بعد عظيم حجم الورم فبعض المرضى لا يستيقظون لوجود ورم في
بطونهم الا من الاحاساس بضغط متعب في المراق الايمن عندهم او باعلامهم
بوجود هذا الورم فيهم ولا يشكون بشئ سوى ذلك ويكون كل من الشبهة
والهضم عندهم على الحالة الطبيعية فلا تضطرب قواهم ولا حالة تغذيتهم
ويشعر كل من المريض ونظواهر الاحتقان الاحتباسي بحدور الورم في الباب
وعند البحث عن البطن يوجد ورم عظيم في المراق الايمن متعلق بالكبد
وهذا العضو اما ان يكون حافظا لشكله الطبيعي او يوجد على سطحه توديات

سطحية كما يحصل في اصابته السرطانية او الزهرية ويكون ورم الكبد هذا
عظيم المقاومة ولو كان فيه تقيح مكرري تمتد ولم يشاهد فيه خروج أصلاً
الا في حالة شاهدها المعلم (جوسنجر)

ثم ان يظهر هذا المرض وسار به هذه الكيفية فلا يمكن معرفته مع التأكد
ولا تميزه عن غيره من أمراض الكبد سيما سرطان الكبد وورمه الزهري ففي
أحدى الحالتين اللتين شاهدتهما وكنت في الأولى منهما زحمت بوجود سرطان
متقيح عظيم في الكبد كان حصول الموت بواسطة سكتة دماغية ولم يأت
للطبيب المعالج الوقوف على حقيقة الورم الكبدى ذى الصلابة والصلابة
التي لم ينع انه كان ملاحظا لسيرة من عدة سنوات ولم يشاهد عند المريض
في السنين الأخيرة من الحياة ظواهر زهرية فاني توأما كان قد اعترا من منذ
عشر سنين قبل مجآءه حالة يرغانية خفيفة قصيرة المدة وأما الحالة الثانية التي
لوحظت بالدقة في الاكلينك الخاص بامتدة بجملة أشهر فقد انضم فيها الى
الامراض السابقة ذكرها بول زلالى واستسقاء الحى وكان قد ظن ان المريض
هك بورم زهري في الكبد مع استحالة نشوية في الكليتين ولم يتحقق بالصفة
التشريحية للبنة الامن تشخيص المرض الاخر فان الكبد وجد محتويا
على ورم اكنوكوكى متعدد الجيوب في عظم حجم الرأس بدلا عن الورم الزهري
والمريض الاخير هذا لم يصب مطلقا باليرقان وفي كليهما كانت المسالك
الصغراوية سليمة بالكليّة

ثم ان تلك المشاهدات لانتفى فقط قول الشهير (فريدريش) القائل بان
اليرقان عرض ملازم للأورام الاكنوكوكية المتعددة الجيوب بل انها
تثبت كذلك انه في الاحوال التي فيها لا تنسد المسالك الصغراوية بواسطة
تلك الاورام ولا يحصل حيث تدعوق في سيرة الصغراء وامتصاصها تبقى المرضى
ولا يلاحظ الحالة الصحية تطاق مدة طويلة من الزمن كما هو المشاهد في شكل
الأورام الاكنوكوكية المعتادة وانما متى حصل تقيح في الورم فيما بعد وامتد
هذا التقيح واصطبغ ذلك بالحي اضطربت التغذية العامة للمريض وظهرت
عندها انهوكة وبذلك يهلك المريض ان لم يحصل له ذلك عقب طر ومرض
آخر ومن المعلوم ان هلاك المريض في الحالة الثانية من اللتين شاهدتهما

كان هلاك المريض بمرض ثانوي في الكليتين (مع أن فريدريش ينكر وجود ذلك بالكلى في الاورام التي نحن بصدد ها)

وتختلف اعراض هذا المرض بالكلى وسير معي انسدت المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة للصفراء بواسطة الجراثيم السابجة أو انقباض الحويصلات الا كئوكوكية ونحو هذه الحيوانات الطفيلية فيها وهذا لا يندر أن تكون الصفة المرضية لهذا المرض واضحة جدا سيما في الادوار الاخيرة منه بحيث يتيسر للطبيب تشخيصه مع التأكد التقريبي أو التام فان الاعراض تبدئي بغير فان غير خطر في الابتداء ويزيد ذلك تدريجا وجميع الوسائط العلاجية التي تستعمل من أجل ازالته تبقى بدون فائدة ويصل أخيرا الى أشد الدرجات وتظهر المواد البرازية عماقرب خالية عن اللون وهذا دليل قطعي على انسداد المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة انسدادا تاما وتفقد ظواهر اضرطراب الهضم وفساده وحيث ان ظهور اليرقان لا يكون مسبوقا بنوب آلام شديدة فذلك يدل غالباً على عدم وجود حالة تريبية في القنوات الصفراوية وانسدادها بواسطة تجمعات حجرية ويقوى الظن بوجود أورام ا كئوكوكية متعددة الجيوب بل ويرتقي الى درجة التحقيق متى ظهر فيما بعد مع الاعراض السابق ذكرها تحديات في الكبد فان الامر اذ ذلك لا يكون فيه شبهة الا بالنسبة لامراض هذا العضو الذي يتغير شكله فيها أعني سيرور الكبد ومرضاته وأورامه الزهرية أو الاورام التي نحن بصدد ها لكن جميع الامراض السابق ذكرها لا تكاد تكون مطلقاً مصحوبة بانسداد تام في المسالك الصفراوية بخلاف الاورام الا كئوكوكية المتعددة الجيوب فانها تكون غالباً مصحوبة بانسداد تام فيها وبناء على ذلك يفقدون المواد البرازية كلية مع بقاء مستقر مستعص واحتباس تام في الصفراء لا تسترل الحويصلة المرارية ن وجد حينئذ ورم ذو تحديات في الكبد مع مجموع الاعراض السابق ذكرها جاز القول بتشخيص ورم ا كئوكوكي متعدد الجيوب في الكبد

وأكثر ما يحصل في أثناء سير هذا المرض اسهافزقي وزيف معدي معوي او انزفة من أغشية مخاطية أخرى او تحت الجلد مع ذلك فجميع هذه

الاعراض ليست مشخصة لتلك الاورام بل انها متعلقة فقط باحتباس الصفراء وامتصاصها وتشاهد بكثرة في جميع الامراض المعصوبة بذلك كما سيأتي بيانه في المباحث الآتية

(المعالجة)

ليس للصناعة أدنى قوة من معالجة الاورام الا كوكوكية المتعددة الجيوب بل ان عدم نجاح العلاج بالنسبة لليرقان قد يستتبع منه احيانا حقيقة تشخيص هذا المرض فانه لا يتأتى بأى واسطة تنقيص حجم الورم ولا تحسين حالة اليرقان ولا حفظ قوى المريض وتغذيته مع الاستقرار وكذا البرز الذي فصل في الحالة التي شاهدها المعلم (جوسنجر) والتي شاهدها مع الدقة بمارستان القصر العيني وكانت فيها الاورام الا كوكوكية المتعددة الجيوب جدا سيما في الكبد بل وفي كثير من الاعضاء في آن واحد لم يجد ذلك تعافا فلا ساحة في اتباعه

(المبحث الثاني عشر)

*(في الاحتباس الصفراوي للكبد واليرقان المتعاقبه

اي اليرقان الكبدي)*

(كيفية الظهور والاسباب)

المسالك الصفراوية لا تحتوي على الياف مقبضة بقوة الانقباض تسمح بقذف محتولها واذا جبرنا على القول بان الصفراء تنفذ في المسالك الصفراوية بنفس القوة الدافعة لها في منشاء هذه القنوات أعنى بضغط الافراز والضغط الذي يعتري الكبد مدة الشبهق بانخفاض الحجاب الحاجز وان ساعد في الحقيقة على استقراغ المسالك الصفراوية الا أن قوة هذا الضغط ليست عظيمة فان الحويصلة المرارية التي يؤثر فيها ولا بد ضغط الحجاب الحاجز بقوة كثر من تأثيره على الكبد الذي هو عضو مسطوح ذو مقاومة يمكن ان عتلى بالصفراء ولومع عدم انقطاع الحركات التنفسية وعلى جميع الاحوال فالقوى الدافعة للصفراء في المسالك الصفراوية ضعيفة جدا بحيث لا يمكنها ان تقهر أدنى مقاومة وان ادنى مانع يعوق استقراغ الصفراء وسيروها فينتج عنه تراكم هذا السائل في الكبد فيحدث الاحتباس الصفراوي

ومضى امتلات المسالك الصفراوية والاخلية الكبدية امتلاء عظيما ووصل
الضغط الباطنى الواقع على جدر هذه المسالك لدرجة عظيمة دخل بحر عظيم مما
احتوى عليه من الصفراء بحركة التشرب فى الاوعية الدموية واللينقاوية
وهذا هو السبب الغالب فى حصول اليرقان

ثم ان التجارب المستجدة اوضحت لنا مع البيان انه فى احوال اليرقان الناشئ
عن احتباس الصفراء وامتصاصها المعبر عنه باليرقان الامتصاصى وباليرقان
الكبدى عكسا لليرقان المعبر عنه بالدموى يدخل فى الدم ولا بد كل من المواد
الملقوة للصفراء وباقي الاجزاء المكونة لها الاسماحوا مض الصفراء وهذه
الحوامض لها خاصية واضحة فى اذابة الجسيمات الدموية كما دلت على ذلك
التجارب العديدة فانه بحقق محلول خفيف من هذه الحوامض فى دم بعض
الحبوانات يمكن احداث اليرقان بالصناعة وذلك لان المادة الملقوة للدم
المنفردة اذ ذلك تستحيل الى المعلقة الملقوة للصفراء وحيث ان كلام من هذين
الاخرين ثابت بين وهوانه فى احوال احتباس الصفراء فصل حوامض هذا
الساكن الى الدم وانه بدخول حوامض الصفراء فى الدم تنفرد ولا بد المادة
الملقوة للدم وتستحيل الى مادة ملقوة للصفراء فنقول مع التاكيد ولا بد ان
كل يرقان كبدى ينضم ليرقان دموى وبعبارة اخرى ان كل يرقان كبدى
المتشابه يورث حصول يرقان دموى

ثم ان من جملة اهم اضر الكبد السابق ذكرها ما لا ينتج عنه اليرقان وهو
الاستحالة الشحمية للكبد او الشحرة له فانه لا ينتج عنها مطلقا ضغط على
المسالك الصفراوية ومنها ظهوره وسرطانه واكاسه الحوى يصلية فانه
تارة ينتج عنها اليرقان وتارة لا ينتج عنها فى الاحوال التى فيها يعترى المسالك
الصفراوية ضغط يحصل احتباس الصفراء احتباسا جزئيا وامتصاص
الصفراء واليرقان لا يصلان فى هذه الحالة لدرجة عظيمة جدا ولم تزل المواد
البرازية ملقوة بالصفراء بالنسبة لما يأتى اليها من المسالك الصفراوية
ويتعكس ذلك فى احوال اخرى فيها تنضغط القناة الكبدية او الصفراوية
بواسطة أورام فى الكبد او تنسد فيصير احتباس الصفراء تاما واليرقان عظيما
جدا والمواد البرازية غير ملقونة بالكلية

ثم ان احتباس الصفراء احتباسا كلياً بجميع ما ينتج عنه تكثر مشاهداته
في آفات القنوات الناقلة للصفراء وفي أحوال انضغاطها بواسطة أورام
وسبب آخر شرح ذلك فيما سياتى ولا تشرح في هذا البحث الا التغيرات التي
تعترى الكبد بواسطة الاحتباس الصفراوي وما ينتج عنه
(الصفات التشريحية) *

حجم الكبد يمكن أن يحصل فيه تمدد بواسطة الاحتباس الصفراوي العظيم
بخصوله بالاحتباس الدموي ومع ذلك فهذا الاتساع وتزايد الحجم يتناقص
بسرعة متى زال العائق المانع لاستقراغ الصفراء وشكل هذا العضو لا يتغير
بزيادة في الحجم والمسالك الصفراوية عظيمة كانت او صغيرة تظهر ممثلة
بالصفراء ومقددة ولون الكبد يكون أصفر فاقعاً واخضر زيتونياً بحسب
اختلاف درجة احتقانه بالصفراء والعادة ان لا يكون هذا اللون مستويا
بل مبقعا وبالبحث الميكروسكوبي على حسب ما قرره المعلم (فريبركس) يكون
تارة تحصل الخلايا الكبدية ذالون أصفر باهت وتارة ذالون مسمر بجمتي
ذاتو بات دقيقة ومتى استمر الداء زمانا وجد الخلايا الكبدية محتوية على مادة
بيجمتية أكثر صلبة مائلة للصفرة أو صفراء حمرة أو مخضرة وهذه الخلايا
المحتوية على المادة البيجمتية تكون مرتكزة بكثرة حول الاوردة المركزية
والكبد المتزايد في الحجم تزايداً عظيماً بسبب احتباس الصفراء ~~يمكن~~ ان
يتناقص حجمه بل يضرر ولولم يزل المانع العائق لاستقراغ الصفراء وهذا
العضو عندما يعتريه صغر الحجم يصير ذالون اخضر داكن بل مسود وتفقد
كثافته فيصير رخواً وحينئذ في هذه الحالة لابد أن تغذية الخلايا الكبدية
يعتريها تغير بسبب ضغط الاوعية الدموية المتعددة عليها والمسالك الصفراوية
بل ومن الملاحظ الواقع عليها من الصفراء المتراكمة فيها وبالبحث بالميكروسكوب
يرى أن معظم هذه الخلايا متلاش ومستحيل الى مادقات نويات دقيقة
جدا

ويسهل معرفة التغير اليه فاني في جميع الاعضاء والسوائل في جثة الانثى
الهالكين فانه يقطع النظر عن اللون الخاص بالبدن الصلبين والبول الذي
سند كره فيما سياتى عند الكلام على اعراض هذا المرض عند فتح الجثة بوضوح

تلون ليعرف في الشحم والمنسوج الخلوي تحت الجلد والرب والتامور وغير ذلك والسائل الموجود بين مسطحات هذا الغشاء كما وجود في البليورا وتامور يظهر التلون اليعرف أيضا عدا الحنج والتغصم الشوكي فانهما لا يظهران التلون اليعرف الا نادرا جدا وأما الكليتان فيظهر فيهما التلون الاصفر اليعرف في ظهورا واضحا

(الاعراض والسير)

تكاد تسبق العلامات الواضحة لامتهاض الصفراء بنظواهر مرضية سابقة وهي عبارة عن اعراض المرض الذي يؤدي الى تضيق المسالك الصفراوية او انسدادها والذي يحدث تناقصا في الضغط الجانبي للدم الواقع على اوعية الكبد وفي الغالب يسبق اليرقان باعراض التورم المعدية الاثنى عشرية وامتناس الصفراء يعقب بسرعة المانع العائقي لاستقراغ هذا السائل بحيث ان الماتة الملونة لاصفراء تظهر في البول بعد اربع وعشرين ساعة (بل ان هذه الملاحظة طبقا لتجارب سندرس وأوديجنا تظهر في البول بعد ساعتين أو اربع عقب ربط القناة الصفراوية من الكلاب)

وأما اعراض اليرقان نفسه فانها تنضج بعد يومين أو ثلاث فالجلد يكون قارة قليل الاصفرار وقارة شديده بحيث يـكون زعفراني اللون ثم فيما بعد قد يكتسب لونا أصفر مسعرا أو أخضر مسعرا وذلك في أحوال اليرقان الشديدي جدا المعروف باليرقان العصلي وهذا التلون اليرقاني يكون كثير الوضوح جدا في أجزاء الجسم ذات البشرة الرقيقة القليلة التلون والتي تنضج من خلالها الطبقات الغائرة من الشبكة المليحية التي هي المجلس الاعتيادي للمادة الملونة وذلك كالجهة والوجهين غير المهرتين وخط الصدر ومن العلامات الواضحة لليرقان المهمة في التمييز بين التلون اليرقاني البالد عن غيره من أشكال تراكم المواد الملونة فيه هو التلون المصفر لغشاء المتحصى المغطى للصلبة فانه في الحالة المشكوك فيها لو أمر المريض بالنظر الى أعلى عند خفض البطن السفلي لشوه قد تكون دائرة المقلة الاظفار الأولية من اليرقان المبتدئ والتلون المصفر للجلد والصلبة ينزل بالكلية في ضوء فم الصباح والشحم بحيث لا يمكن معرفة اليرقان في وقت المساء وكذا تلون الاغشية

المخاطبة المدركة للتغير فيصق من وجوده عند دفع الدم من الشقين أو اللثة
عند الشخص المصاب باليرقان بواسطة ضغط الاصبع وذلك انه يشاهد
حينئذ بقعة مصفرة غير باهتة والبول يكون تارة أصفر مسجرا كالبيرة الخفيفة
وتارة اصمردا كالماء الكثيفة وعند تعرضه للهواء وتركه يكتسب لونا
مخضرا وعند رج البول البرهاني يشاهد الزبد المتكون فيه مقلونا قليلا
بالصفرة وتارة بالصفرة الناصعة وعند غمر شريط من القماش الأبيض فيه
أو من ورق الترشيح يكتسب لونا مصفرا وهذه التجربة تكفي بانهرا في تمييز
المادة الملوثة للصفراء عن المادة الملوثة للبول

وهناك تجربة أخرى وهي اضافة قليل من حمض الترريك المحتوى على
قليل من حمض النتروز الى البول فباضافة هذا الجوهر يشاهد أن اللون
الاصفر للمادة الملوثة للصفراء يتقل تدريجا الى اللون الاخضر ومنه الى
الازرق ومنه الى البنفسجي ومنه الى الاحمر ومنه اخيرا الى الاصفر الباهت
ولاجل جودة مشاهدته تغير اللون المذكور بوضع البول في كوبه مستطيلة
من البالور أو في أنابيب الكشف المحتوية على حمض الترريك بان يصب البول
المراد البحث عنه فيها مع الاحترام حتى يجري سائلا على جدرانها فيبقى على
سطح الحمض ولا يختلط به الامع التدريج حينئذ ينبغي تركه الانبوبة للراحة
زمنًا قليلا فتشاهد الألوان المختلفة السابق ذكرها على الحمض متى كان البول
محتويا على المادة الملوثة للصفراء وهذه التجربة لا تنجح بالكلية متى بقي البول
معرضا للهواء مدة طويلة من الزمن واكتسب التلون المخضر ومع ذلك فقد
ذكر (فريركس) ان هذه التجربة لا تنجح احيانا في البول الحديث وتنضع
عند معكته زمانا طويلا معرضا للهواء وبالجملة تذكر هنا انه ليس من
النادر مشاهدة تغير اللون من الحمرة الى الخضرة في البول الغير المحتوي على
الصفراء ولو بكيفية واضحة لكن لا يشاهد فيه التلون المزرق والبنفسجي
ولاجل معرفة وجود حمض الصفراء في البول التي يندر أن تقع عند
وجود المادة الملوثة للصفراء فيه ينبغي تصعيد جر من البول في حمام مائي
حتى يحل متحلا ثم يحل متحلا في الكؤل ويصعد ثانيا ثم يحل المتحلل
في قليل من الماء وحينئذ تفعل تجربة (بيتن كوفر) في انبوبة كشف

بان يضاف اليه ابتداء نقطتان او ثلاثة من محلول السكر (الماخوذ من جزء من السكر على اربعة اجزاء من الماء) ثم حض الكبريتيك الثقى المركز ويرج السائل الموجود فى الانبوبة فغسده رجه تكسب بالسدر يحولنا الحجر كزيا ثم لونا بنفسيها والمعلم (هوب سيلر) له الفضل فى بيان خطأ القائل بان البول فى احوال اليرقان يحتوى على المادة الملونة للصفراء لاعلى حوامضها وبالجملة تنبه على انه طبقا للجارب (نوت ناجل) يوجد فى البول فى احوال اليرقان الشديد انايب (بدون مادة زلالية) وفى جميع هذه الاحوال يحتوى البول ايضا على حوامض الصفراء

زيادة على ذلك توجد المادة الملونة للصفراء فى عرق المصابين باليرقان تكسب ثيابهم لونا مصفرا يتضح بكثرة فى المحال التى يكتفئها التجبير الجلدى وكثيرا ما وجد اللون المصفرا ايضا فى لبن المرضعات

وقد دلون مواد البراز فقد امتثا وتامن عرق انصباب الصفراء فى معى المصابين باليرقان من الظواهر الكثيرة للوضوح فانه متى حصل انسداد غير تام فى القنوات المقررة للصفراء واحتماس جزئى فى هذا السائل اكتسبت المواد البرازية لونا تريا لونا كما يكون الطقل الابيض متى كان كل من القناة الكبدية والصفراوية منفصلة بالكلية وييسر المواد البرازية وبطء سيرها ينسب عادة لفقد رقة متحصل الملى بالانصباب المصفرا فيها وحيث ان كمية الصفراء المنصوبة فى المعى فى ظرف ٢٤ ساعة كيلو جرام واحد فى ذلك يتضح لماذا ان المواد الثقيلة زيادة عن فقد تلونها تكون بافئة ومن جهة اخرى حيث انه بسبب عدم وصول الصفراء الى المعى امتصاص السم لا يتم او بالاقل يقتاخص تناقصا عظيما كما اثبتت لنا الفسيولوجية ذلك فبذا يتضح ايضا كثرة احتواء البراز عند المصابين باليرقان على المواد السامة وبالجملة فثبت يظهر ان تأثير الصفراء على متحصل القناة المعوية يمنع فسادها وتغنيها فمن الواضح ان المرضى الذين لا تنصب الصفراء عندهم فى القناة المعوية يعتبرهم حالة تراق فى البطن والغازات التى تخرج منها هى والمواد الثقيلة تكون منتنة للغاية

ويشاهد عند أغلب المرضى المصابين بيرقان عقب احتباس الصفراء مع

الثلوث البرقاني للجلد والصلبتين والبول والعرق والبن وفقد تلوّن المواد
البرازية وبجميع المكابذات الناتجة عن عدم انصباب الصفراء في المحى فحافة
واضحة وهبوط زائد واطالة تنعس وحيث انه عند امتناع وصول الصفراء
الى المحى لم يزل ينضم كل من المواد القشوية والازوتية فالنخافة لا يمكن
توجيهها الا بعوق امتصاص المواد الشهوية مخصوصا في الاحوال التي فيها
لم يكن احتباس الصفراء مضاعفا بحالة تزلية معدية معوية وهناك ظاهرة
أخرى تنضم لحافة المرضى المصابين بالبرقان وهبوطهم وهي بطء النبض
فان المرضى المصابين بالبرقان يكون نبضهم بطيئا وقد ظن بأنه لا يحتاج
في تفسير هذه الظاهرة الى القول باختلاط الدم مع عناصر الصفراء وتشبيه
تأثير هذه العناصر في دورة الدم بتأثير الحديد الا وذلك لان الأشخاص الذين
يعالجون بالجوع العظيم والذين يكونون في نقافة بعض الامراض القلبية
يكون نبضهم بطيئا جدا بعد زوال المحى ومع ذلك فالجارب المهمة للمعلم
(روجر) أثبتت أن بطء النبض عند الأشخاص المصابين بالبرقان يتعلق
ولا بد بوجود حوامض الصفراء في الدم

وعين ذلك يقال في الاكلان المتعب للجلد الذي يحصل منه المرضى المصابين
بالبرقان تعب عظيم وقد أراد بعض اطباء توجيه هذه الظاهرة بجفاف الجلد
وتحولاته فان الضمور والشيخوخة يشاهد فيه ظاهرة مشابهة لذلك ومع هذا
فكثرة مشاهدة اكلان الجلد في البرقان وقلة مشاهدته في الضمور والشيخوخة
يعضدان القول بأن هذا الاكلان في البرقان ناتج عن تهيج القرصينات
العصية الجلدية بالمواد الملونة للصفراء المتراكمة في الشبكة المليجية
وكذا (الاكستنسبي) أعقى رؤية الاشياء متلوّنة باللون الاصفر تعدّ ظاهرة
نادرة المشاهدة في البرقان وقد وجه بعضهم بان الازوساط الشفافة للعين
باللون الاصفر وبعضهم باضطراب عصبي

(السير والانهاء)

سير هذا المرض وانتهائه يتعلقان غالباً بسرعة تبديد العوائق المانعة
لاستقراغ الصفراء وابطائها او عدم امكان ذلك ففي الحالة الاولى اعراض
احتباس الصفراء تزول بسرعة بعد تبديد السبب الموجب لاحتباسها

ويُنْهَى المرض بالشفاء فيبتدئ تلون المواد البرازية بالصفراء ثم يزول اللون
الداكن للبول والظواهر المتعلقة بقرش اللبنوجات بسائل غذائي متلون
بالمادة الملونة للصفراء واما التلون اليرقاني للجلد فيتأخر زواله خصوصا اذا
كانت البشرة سمكة وان كان موجودا تمسدد في الكبد وقت وجود العائق
المانع لاستقراغ الصفراء يزول هذا العرض شيئا فشيئا كبقية الاعراض حتى
عادت الصفراء لسيرها الطبيعي كما ان كلامي قوي المريض وتغذيته يعود الى
حالته الطبيعية بسرعة

واذا استمر احتباس الصفراء من اطوار بلا جدد أو كان ناتجا عن عوائق
لا يمكن ازالها وحصل اليرقان الى أشد الدرجات واضطربت تغذية المريض
جدا بحيث يمكن أن يموت أخيرا من النوبة والارتشاحات المصلية وفي أحوال
نادرة قد يسرع الانتهاء الحزن بظهور أنزفة معدية معوية وهذا العرض
حصوله بنفس الكيفية التي يحصل بها في سروز الكبد وفي التهاب الوريد
الباني فان انضغاط الاوعية الشعرية الكبدية بالقنوات الصفراوية المتعددة
يعوق سير الدم في الاوعية المعدية والمعوية مثل ما يحصل في هذين المرضين
الاخيرين أعني من انضغاط الاوعية الكبدية بالتسوج الخلوي المنكمش أو
من انسداد الوريد الباب عقب التهابه وزيادة على هذه الاسباب الميكانيكية
العائقة لاستقراغ الدم يوجد سبب آخر يوجه به حصول هذه الانزفة وهو
اضطراب التغذية للاوعية الشعرية المعدية المعوية ألا ترى انه في اليرقان
كثيرا ما تظهر أنزفة أخرى خصوصا في الجلد على هيئة الكدم والطحخ

وهناك مضاعفة أخرى مهمة وهو ظهور اضطرابات عصبية خطيرة مدة سير
اليرقان وقد تبتدئ هذه الاضطرابات احيانا بالهذيان أو التشنجات لكن
الغالب تسلطن ظواهر شبيهة بالمرض تقع في حالة تنفس شديد ثم تلك في حالة
خمودية وهذه الاضطرابات العصبية معروفة من قديم بانها تتدل على انذار
خيمت وقد وجهها بعضهم بكميقات مختلفة وفي العصر المستجد وجهت
بالتأثير المسم لحواض الصفراء على الدم فانه يحقنها في دم بعض الحيوانات
أمكن احداث ظواهر تسممية دالة على شلل المجموع العصبي

ثم ان البحث الطبيعي في الاحوال الحقيقية لليرقان واحتباس الصفراء لا يثبت

بعدمجم الكبد واتفاحه وأما في الأحوال الثقيلة كالتي تشاهد عند
الانسداد الكلى للقنوات الكبدية والصغراوية فيتضخم لتأثيرها بالقرع
والجس تزايد عظيم في حجم الكبد فيظهر ان سطحه أملس متزايد في القوام
وتضخم حافته المقدمة وعند انسداد القناة الصغراوية انسدادا كلياً يمكن
الاحساس بالحويصلة المرارية الزائدة القدد وان تناقصت أهمية الكبد
بدون تناقص في البرقان كان هذا من العلامات الرديئة فان ذلك يدل على
ضمور تابعي في الكبد

• (المعالجة) •

ليس بالمعالجة احتباس الصفراء بجانب عظيم الا في الأحوال التي فيها يمكن ازالة
السبب الأصلي ولذا ليس لنا قدرة على ازالة احتباس الصفراء الناتج عن
أغلب امراض الكبد كحويصلاته الديدانية وصرطانه وسيرونه واما
الاحتباس الصفراوي الناتج عن آفات في المسالك الصفراوية فغالبا ان
تكون معالجته كثيرة النجاح والوسائط العلاجية المشهورة بانها مضادة
للبرقان هي التي لها تأثير جيد في امراض المسالك الصفراوية كما سيأتي بيان
ذلك وهذه الوسائط اهمها استعمال مياه كارلوس باد فان هذه المياه تبع
الطبيعية ذات شهرة عظيمة في معالجة البرقان فكثيرا ما يرى شفاء المرضى
المصابين بالبرقان الشديد في زمن قليل عقب استعمال مياه هذه النيايح
الطبيعية خصوصا في الأحوال التي فيها يكون البرقان متعلقا بمحالة ترسبة في
المسالك الصفراوية او بانسداد هذه المسالك بواسطة الحصوات الكبدية
واما ان توجهت المرضى الى كارلوس باد وكانت مصابة بانسداد غير قابل
للتقاء في المسالك الصفراوية فان حالة ترسباتها لا تحسن باستعمال مياه تلك
النيايح بل انهماك هناك بسرعة فانه بازدياد افراز الصفراء تزداد ظواهر
احتباسها ويسرع ذوبان الحويصلات الكبدية أكثر مما اذا لم تستعمل
تلك المياه وكذا استعمال حمض التريك الممزوج بكمض الكلور ووردين
من الباطن والظاهر والرقيق الحلو والخللاصات المرة والحلبة والمقشبات
والمسهلات ليس لها تأثير جيد في شفاء البرقان ما لم يمكن اعطاء ما يستدعيه
المعالجة السميية

واذالم يمكن تبعيد السبب العائق لانسحاب الصفراء في القناة الهضمية فليس
 لمعالجة المرض الاصلى وسائط مخصوصة بمعنى انما اذا لم تنجح في اتمام دلالات
 المعالجة السببية ليمتن لنا قدرة ايضا على اتمام ما نستدعيه معالجة المرض نفسه
 واما المعالجة العرضية فاول ما نستدعيه هو معالجة اضطراب التغذية
 وضعف المريض الناتجين عن احتباس الصفراء فيؤمر باستعمال
 اغذية لطيفة مقوية كالامراق المركزة وخصوصا الحوم المحمرة الباردة
 والشوربات القوية ويمنع من استعمال الجواهر الشحمية حيث تكاد
 لا تمتص عند عدم انسحاب الصفراء في القناة الهضمية وذلك كالامراق
 الدسمة والسلي (أى السمن) ونحو ذلك وهذا الامر مهم الاتباع في معالجة
 هذا المرض سواء كانت المعالجة في بيوت المرضى او في المدارس فان اولى
 محلات البناء الطبيعى السابق ذكرها كما أنه ينبغي مضاربة الامساك
 الذى يصترى اغلب المرضى المصابين باليرقان الناتج اما عن جفاف المواد
 البرازية او فقد المنبه الطبيعى الذى تحدثه الصفراء في الغشاء المخاطى للقناة
 الهضمية وانما ينبغي تجنب استعمال المسهلات المحمية ويفضل عنها فى الاستعمال
 المسهلات الزئبقية او المسهلات القوية الخفيفة كمنقوع السنا المسمى
 المركب (المعروف بالجرعة المسهلة لويينا) وخلاصة الراوند المركبة المحتوية
 على خلاصة الصبر وحيثما برأ عظيم من المواد الملونة للصفراء يتقدم
 البول جازا استعمال مدرات البول لاجل مساعدة زوال اليرقان وذلك كحل
 طرية الذائب وخلات البوتاسا وكربوناتهما وتستعمل هذه الجواهر خصوصا
 عند احتباس البول الذى هو أحد اعراض اليرقان اى عندما تكون
 القنوات البولية مغلقة بقراكم المادة الملونة للصفراء كما قاله (فريركس)
 فانه بازدياد الاقراز البولى يمكن قذف هذه المواد ودفعها من القنوات البولية
 ويستعمل ضد الاكلان الجلدى المتعب وزوال اليرقان من الجلد الذى يبقى
 احيا فاما من طويلا بعد زوال احتباس الصفراء الحامات القاترة والجزارية
 والصابونية والبوتاسية فان تبيجها سرعة انقذاف البشرة الجلدية

• (المبحث الثالث عشر) •

(فى اليرقان الدموى اى الغير المعصوب احتباس فى الصفراء)

المعروف بالبرقان الكيماوى

(كيفية الظهور والاسباب)

قد استبان للاطباء من منذ زمن طويل انه يوجد احوال من البرقان فيها لا يكون عائق ميخائىكي مانع لاستفراغ الصفراء ومحدث لاحتماساتها بها لذلك والاجتهاد في توجيه البرقان في مثل هذه الاحوال بتشجيع في المسالك الصفراوية ونسبته لذلك لم يصادف محلا وحيث ان المسالك الصفراوية تشغل على الياف عضلية كما اثبتته (لوشكا) فلا يمكن رفض القول بانه قد يحصل فيها انسداد ويقى بواسطة انقباض تشنجي فيها ليس من القريب للعقل ان الانقباض التشنجي يستمر زمنا طويلا جدا لاجتماعها لتجارب القسبولوجية حتى ينتج عن التشنجي درجة عظيمة من الاحتباس الصفراوى به تنقل الصفراء من المسالك الصفراوية الى الاوعية الدموية واللينفاوية فنبشأ عن ذلك ظواهر برقانية وعلى هذا فوجود البرقان التشنجي امر مستحيل فيه جدا وليس قريبا من العقل

كما انه يبعد عن العقل جدا ان الصفراء تجهز وتتكون في بعض الاحوال بكمية عظيمة جدا بحيث لا تمكن المسالك الصفراوية في نقلها واستفراغها وان ازدياد تكون الصفراء يؤدى لحصول البرقان بدخول جزء من هذا السائل المتكون بكمية عظيمة جدا في الاوعية الدموية واللينفاوية ولذا اصل التعويل على الرأى القائل بانه يوجد نوع آخر من البرقان يتكون في الدم نفسه وارتكبت هذه النظريات ابتداء على تجارب العلم (ورجوف) التي أثبت بها ان المادة الملونة للدم قد تعثر في استجابة شديدة بالمادة الملونة للصفراء وسماها بالهيماتودين وزعم هذا الاخير ايضا ان الاستحالة المذكورة للمادة الملونة للدم يمكن حصولها فيه وهو في دورته عقب تلاش عمدت وفساد عظيم في الكرات الدموية وساعدت في تقوية هذه النظريات القائلة بالبرقان الدموى اشغال كل من المعلم (زفكر) و (رافنكي) و (والنتير) و (كيل) و (ليدن) وغيرهم بحيث انه في زمن قريب علم من جملة البرقان الدموى اشكال عديدة من البرقان ذات وصف عام مشتركة بينها وهو انه يصل فيها الى الدم جوهر مستحيل ان يكون هذا السائل ارات من الخارج فيفسد ويبدد

جراً عظيماً من الكرات الدموية ويجعل المادة الملوثة الدم السائبة الى المادة
المسفرة الملوثة للصفراء المسحاة باليلير وبين فن ذلك اليرقان الدموي الناتج
عن حقن الصفراء أو حوامضها التي ثبت تأثيرها المقسد للكرات الدموية
بالتجارب القسوية لوجية لكل من (دوش) و (هونفيلد) ومن ذلك أيضاً اليرقان
الناتج عن حقن كمية عظيمة من الماء في الدم وعقب استنشاق الاثير
والكلوروفوم وعض الاقاعي والتسمم بجمض القوسفور والمصاحب لكثير
من الامراض المحصورة بتسمم عظيم في الدم كبعض أحوال اليبساي التسمم
المسيدي للدم والتيفوس والحمل النفاسية والصفراوية وبالجملة فقد
ذهب بعضهم الى ان كلاماً من يرقان المولودين جديداً والناتج عن انفعالات
نفسية يهتم من هذا القبيل أيضاً

لكن الاستكشافات المستجدة قد احدثت نقصاً عظيماً في عدد أشكال
اليرقان الدموي وذلك ان كثيراً من أشكال اليرقان التي كانت تعتبر من
ضمن اليرقان الدهوي تعد الآن من جملة أشكال اليرقان الامتصاصي
خصوصاً من منذ ما ثبت انه يوجد خلاف اليرقان الاحتباسي في الكبد يرقان
يظهر انه ناتج عن تناقص الضغط الجانبي للدم في الوريد الباب وأمكن بذلك
توجيه بعض من أشكال اليرقان التي كانت خفية علينا ولقد حصل أيضاً
تناقص واضطراب في النظريات المؤسّسة عليها اليرقان الدموي من منذ
ما ضارب العلم (لايدن) العلامة الاكلينيكية المعروفة في هذا الشكل وهي فقد
وجود الحوامض الصفراوية من البول على الدوام وذكر (نونين) انه يوجد
في اليرقان المسعى باليرقان الدموي خصوصاً عند المصابين بالتسمم المسيدي
للدحم حوامض صفراوية في البول وكذا القول باليرقان الدموي عقب حقن
الماء في الدم لم تؤيده التجارب التي فعلها (استنر) في الارانب التي لم يثبت بها
ان المادة الملوثة للدم لم تستعمل الى مادة ملوثة للصفراء عقب حقن الماء بكمية
عظيمة ومع هذا ففي أحوال عديدة لا نشك في الطبيعة الدموية لهذا اليرقان
انما في هذه الاحوال المذكورة يبقى عندنا بعض غيب هل الناتج عن
استحالة المادة الملوثة للدم مادة ملوثة للصفراء أو جسم مشابه لها في
اللون ومخالف في الخواص الكيميائية وهل استحالة المادة الملوثة للدم

تحصل في الدم نفسه او في المنسوجات المتشربة بالدم والمادة الملونة له والمتشعبة
 بهما والامر الاخير ان ساغ امكن منه وضوح ويبان انه في اليرقان الدموي
 يمكن فقد المادة الملونة للصفراء في البول

(الصفات التشريحية)

اما اليرقان الغير الناشئ عن تشرب الصفراء وامتصاصها في النادر ان يرتقي
 الى درجة عظيمة فيوجد في الجثة غالباً تلون خفيف في الجلد والطبقة الشحمية
 وباقي المنسوجات ومن المهم بالنسبة للتشخيص التشريحى اليرقان الدموي
 ونميزه عن اليرقان الكبدي ان الكبدي الاول لا يكون تلونه
 اليرقاني اوضح واشد من باقى الاعضاء بخلافه في الثانى فان علامات
 امتصاص الصفراء في الكبدي يزيد اتضاها وظهورها واما كل من تلون
 متحصل المي بالصفراء ووجود المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة لها على
 حالة سلامة وسلوله فليس مثبتا لوجود اليرقان الدموي فان ذلك هو الواقع
 في اليرقان الكبدي الناتج عن تناقص في الضغط الجانبي للدم في الوريد الباب
 وزيادة على ذلك فيبقى الثانى والتوفى عند الحكم على سلامة المسالك
 الصفراوية وسلوله كهاحق لا تقع في الخطا فان الامر المعلوم من ان الضغط
 على الحويصلة الصفراوية الذي يمكن به دفع بعض نقط من الصفراء الى
 القناة الصفراوية والاثنى عشرى لا يثبت ثبوتاً كافياً لسلوله هذه القناة
 مدة الحياة فان هذه التجربة لا يندران تجنب في الاحوال التي فيها يستتبط من
 وجود سلة متكونة من مواد مخاطية سنجابية وبشرية في الجزء الاثنى عشرى
 من القناة الصفراوية ومن فقد تلون متحصل المي فقد اتاما وجود التهاب
 نزلي في القناة الصفراوية ويرقان كبدي مع التأكيد والفضل لكل من
 المعلم (بول) و (اليرميستر) في بيانه للتغيرات التي تحصل في الكبد وفي غيره من
 اعضاء الجسم في احوال اليرقان الدموي والتغيرات التي تحصل في
 الحويصلات الكبدية وفي الطبقة البشريية من القناة البولية تبعاً لثاني منهما
 عبارة عن تراكم عظيم من نقط صغيرة دقيقة شحمية او من مادة عكرة يظهر
 انها زلالية في باطن تلك الخلايا اذ تارة تكون الخلايا مكابدة لتلاش وفساد
 عقب تشربها بالكرات صغيرة شحمية عديدة ولقد شوهدت تغيرات مماثلة لذلك

في الجوهر العضلي من القلب فهذه التغيرات الجوهرية تبعاً لما علم
(ليبرميستر) لكل من الكبد والكليتين والجوهر العضلي من القلب تدل
على أنه بتأثير السبب المضّر الذي أحدثت تلاشياً في الكرات الدموية بمعنى
تغير جوهري في الدم تحدث أيضاً تغيرات مشابهة لذلك في الأجزاء الجامة من
المسوجات

(الاعراض والسير)

ليرقان الدموي يكون كما ذكرنا عرضاً من أعراض أحد الأمراض
التسممية النخعية فالاعراض الموجودة حينئذ تخص المرض الأصلي
لا اليرقان نفسه ولذا لا يمكن وصفه على حدة والأمور التي يترتب عليها تميز
اليرقان الدموي عن الكبدى قد سبق ذكر معظمها وجود مرض من
الأمراض التسممية المنتشرة الحادة مع فقد علامات مرض من أمراض
البطن المؤثرة في الكبد يقرب من العقل أن اليرقان الموجود من الجائز أن
يذوبه دموى ويقوى ذلك إذا كانت المواد البرازية غير فاقدة لتلوّنها
الصفراوى وكان التلون الصفراوى للجلد والاعشىمة المخاطية زائداً عن
احتواء البول على المادة الملوّنة للصفراء وكانت حوامض الصفراء مفقودة
من البول بالكيفية لكن جميع هذه العلامات لا تؤكد لنا حقيقة التشخيص
ولا يجوز نسبة الانتماء المحزن في كثير من أحوال اليرقان الدموى لتلاشى
عدد عظيم من الكرات الدموية فقط بل ولثقل المرض الأصلي وخطره
وللاستحالة الجوهرية المتقدمة في الكليتين والكبد والجوهر العضلي من
القلب ونحو ذلك

(المعالجة)

اليرقان الدموى لا يحتاج لمعالجة مخصوصة فإنه يزول بزوال المرض الأصلي
الناجم عنه وما يتأسف عليه عدم قدرتنا على ذلك في كثير من الأحوال
والذى يلجأ إليه في أحوال اليرقان الدموى في أثناء سير الأمراض المصحوبة
بجسم ثقيل هي المعالجة المضادة للجسم

(المبحث الرابع عشر)

(في الضفورا الاصفر الحاد للكبد)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

في الضمور الحاد الاصفر الكبد الذي هو مرض لم يزل منهما علينا وليس له
مشابه في الامراض يصير الكبد في زمن قليل صغير الحجم ونحوه هشاً وباهت
بالمكرسكوب عن اجراء هذا العضو الضامر المسترخي يوجد معظم الخلايا
الكبدية متلاشيان مقسداً

ثم ان الاجتهاد في توجييه طبيعة هذا المرض ادى لنظريات عديدة فبعض
المؤلفين يزعم ان السبب الرئيس في فساد الحويصلات الكبدية هي حالة افراز
الصفراء بمعنى ان تلاشي الكبد يكون ناتجاً عن تأخر افراز الصفراء المتزايد
جدد تزايد غير طبيعي ويوجه ذلك باضطراب عصبي في هذا العضو وبعضهم
يزعم ان السبب في حصول هذا المرض هو تراكم الصفراء في الكبد بسبب
وجود عوق مانع لاستفراغها مع انه يندرو وجود سبب عاقل من هذا القبيل
ففي الغالب توجد المسالك الصفراوية اما فارغة او ممتلئة بمواد مخاطية

والمؤلفون الاخرون من الاطباء يعتبرون الضمور الاصفر الكبد انما لمشكل
مخصوص من التهاب الكبد وفي الحقيقة كل من السير الحاد لهذا المرض
والتهتك السريع الممتد الذي يعتري الخلايا الكبدية يدل على أن التغيير
الحاصل في الكبد انما هو التهابي وزيادة على ذلك فقد وجدنا التهاب
(فريبركس) في عدد جثث في اجراء الكبد التي فيها يكون التغيير الالتهابي قليل
الامتداد واحتقاناً بل ونضهاً التهابياً سائياً محيطاً بجزائر الكبد ثم انه يقطع
النظر عن هذا النضج الكائن بين الخلايا غير القارة تعتبر ولا بد الضمور الكبدى
الحاد الاصفر من جملة الالتهابات الجوهرية نأى في شكلاً من الالتهابات التي
فيها لا يحصل نضج التهابي سائب بين جزئيات المتسوجات بل التي فيها جزئيات
المتسوجات نفسها يحصل فيها اتفاخ ثم تلاش جوهرى عنصري عقب
تشر بها المادة يظهر انها زلالية وهذا رأى الذى قال به (ليبرميستر) وعنده
ويشبهه بالكيفية المذكورة يمكن غايه ما هناك يعترض عليه بان سبب الالتهابات
الجوهرية في غير هذا العضو من الاعضاء كالكلبتين يخالف لما هو مشاهد
في هذا المرض وانه لا يوجد مطلقاً التهاب جوهرى في عضو من الاعضاء
فيه تلاشى عناصره الجوهرية بسرعة كما يشاهد ذلك في الضمور الاصفر

الحاد الكبد

ثم ان هذا الضمور وان اعتبره بعض المؤلفين من ضموم ضاموعيا (التهابا او غير
 التهابي) يعتبره بعض الاطباء المؤلفين تغيرا موضوعيا تابع للتغير حموي بني
 ثقيل فكثير من الاطباء من ذهب الى ان هذا التغير البني ناتج عن تأثير
 جوهر صمغ منتشر لكن المنصوص عليه بكثرة من ان الضمور الاصفر الحاد
 للكبد مماثل لاستحالة الكبد الشخصية الناتجة عن التسمم بالقوسفور ولم
 يصادف محلا بل أدى لاختلاطات عديدة فان الظاهر ان تشهم الكبد
 القوسفوري عبارة عن ارتشاح شحمي عظيم في الكبد دون تلاحق وفساد
 في جوهره بخلاف ضمور الحاد فانه عبارة عن استفاخ في الخلايا الكبدية
 يؤدي لسرعة تؤدي لتلاشيها ومع ذلك فحصل الاستحالة الشخصية حيث قد
 وكذا الاجماد في نسبة هذا الضمور الى تشهم ثقيل بواسطة الحوامض
 الصقراوية قابل لاعتراضات كثيرة فان درجة اليرقان الخفيفة التي تشاهد
 في معظم الاحوال تنافي تلك النظريات فانه من القضايا المسئلة ان الحكم في
 كثرة امتصاص الصفراء او قلته معنى ولا بد على خفة اللون اليرقاني واشدته
 وحيث انه بدرجة اللون اليرقاني يحكم على كمية المادة الملوثة من الصفراء
 الممتصة فهذا يجوز الحكم ايضا على كمية الحوامض الصقراوية الممتصة
 وقد شوهد هذا المرض فليجاء عن بعض الامراض التسممية الحادة
 كالتيغوس والتسمم السديدي من الدم والدم الزهري وروماتيزم هذا المرض
 في بعض احوال الحمل لثوب الخسيف والتسمم العض من الدم الناتج عن ذلك
 لكن المصابات من النساء ذلك كانت من قبل سليمة وفي الظاهر صابة بحالة
 يرقية نزلية

ثم ان الضمور الذي نحن بسدده يحصل غالبا في الزمن المتقدم من سن
 السبوعية وفي ابتداء سن الكهولية وهو من نادر جدا حتى ان بعض
 الاطباء المشتغلين بالطب العملي من منذ زمن طويل لم يشاهدوه والنساء
 اكثر اصابته من الرجال وهذا يرجع بوجود استعداد مخصوص لهذا الداء
 عندهن في زمن الحمل والنفاث بحيث ان ثلث جميع ماشوهد من احوال
 هذا المرض من هذا القبيل كما ذكره (فريركس) والمؤلف المذكور به على

طرواوتشاح الكبد والكليتين في أثناء الحمل عيادة قزلايسة حبيسية وذكر
أن هذا الارتشاح يتأديته لاسنة المة ضخمة للخلايا الغددية يكون سببا
في حصول مرض الكبد الذي نحن بصدده وفي داء بريكت عندهن وفي كثير
من الاحوال لا يعلم السبب المقيم أو أن معلوميته تكون مجرد زعم ومع ذلك
فكثير من المؤلفين يقول بحصول هذا المرض بواسطة الانفعالات النفسية
والفرع والغضب الشديدين وبعض الاحوال المنتهية انهاء حمزنا التي هي
في أثناء تسلطن اليرقان تسلطنا وبأنا انما هي عبارة عن تسهم مغراوى ثقيل
للدّم فلا تعد من قبيل هذا المرض

• (الصفات التشريحية) •

يكون حجم الكبد في الاحوال النقية من هذا المرض متناقضا تناقضا
عظيما جدا بحيث يكون أقل من نصف حجمه ويعتريه كذلك تغير طبع بسبب
تناقص قطر حركه وطبقته المصلية تكون قليلة التورث بل كثيرا ما تكون
ذات ثنيات والعضو بتمامه يوجد رخوا كأيما ساقطاجهة الجدا والخلق
من البطن ولونه أصفر قافعا وعند شق هذا العضو يشاهد تبا لملذ كره
(زنكر) جزآن مختلفا الهيشة في جوهر الكبد فجز منهما يكون قافع
الاصفر اركلون الصمغ النقطي (وهو أشد درجته من اليرقان الكبدي) ولم
يشاهد فيه الصورة القصبية من الكبد ويكون مع ذلك مسترخيا جدا
لينا اسفنجيا يبرزع عند شقه والجزء الآخر يكون بخلاف ذلك أجرمزرقا
بدون تلون برقاني ويكون أملس عند شقه ولا يبرز بل يكون متماسكا مرنا
ويكون كذلك متناقضا في الحجم جدا وقد عبر (زنكر) عن هذين الجوهرين
بالجوهر الاصفر والجوهر الاحمر وقد اعترف المذكور ان هناك أحوالا
يشاهد فيها جميع الكبد مكتسبا لصفة الجوهر الاصفر فقط لكن الجوهر ان
المذكور ان يكونان تبعاً للدورين مختلفين من تغير مرضي واحد بمعنى ان
الجوهر الاحمر يكون الدور المتقدم جدا من الضو والحاد الاصفر من
الكبد وبالبحث المكروسيوبي عن الجوهر الاصفر يشاهد تلاقح تام في
الخلايا الكبدية بحيث ان متصل هذا القساد المتكون معظمه من نقط
نحوية صغيرة يغطي باقى أجواء جوهر هذا العضو (كالأوعية والمتنوج

الخلوى) ومع ذلك توجد أحوال فيها يكون المتحصل النحصى قلدا وأخلية الكبد لم تزل محفوظة نوعا ومثلثة بمادة حبيبية وأما الجوهر الأحمر فغيره تفقد الخلايا الكبدية بالكابة بل ولا يوجد له متصل فساد ويشاهد عند البحث المكروسكوبي عنه جوهر أصلي باهت متجانس مخطط أوليقي خال من النويات ويكون مرصعا بجزيئات متحسية متقاربة الكمية لكن تكون على الدوام صغيرة جدا ولا يوجد في هذا الجوهر أدنى تلون برقاني وانما يوجد فيه بعض بلورات هيماتودينية صغيرة جدا بخلاف الجوهر الأصفر فإنه يوجد فيه أخلية كبدية واضحة أو يكون متصل فسادا متلونا بلون باهت أو أصفر داكن بواسطة المادة الملونة للصفراء المنتشرة فيه وزيادة على ذلك يوجد فيه بعض جزيئات متلونة بلون أصفر قاقع ومحتوية على كمية عظيمة من بلورات هيماتودينية مربعة معينة أى على شكل مربع معين وكل من المسالك الصفراوية والحوصل الصفراوية يشغل على كمية من افراز مخاطي والمواد الثقيلة تكون غالباً قليلة اللون وكثيرا ما يكون متصل المبي دموي وفي الغالب يكون الطحال متقددا وكثيرا ما توجد بقع كيموزية في البيريتون والغشاء المخاطي المعدي المعوي ولا يند وجودها في غير هذا الغشاء المعلى من الأغشية المعلى بل والجلد وشاهد (فريركس) في الكليتين تراكمات بجمتية في الطبقة البشرية بل واستحالة شحمية وتلاشيا في خلايا هذه الطبقة وشاهد المذكور في الكبد خارج أو عينه وداخلها كمية عظيمة متبلورة من التير وزين والسين ووجد في البول المستخرج من المثانة هذين الجوهرين وجوهر اخلاصيا مخصوصا آخر

• (الاعراض والسم)

هذا المرض قديم يندئ أحيانا فجأة والغالب أن يندئ بدور هجوم يسفر حلة أيام أو جملة أسابيع ودور الهجوم المذكور يصطبغ بقليل من الاعراض الواصفة المشخصة فالمرضى تكون فاقدة الشهية ويحصل عندهم تهوع أو قيء وتشتكي بالآلام في الرأس واحساس بضغط وامتلاء في القسم الشراسبي وغيرها من الميكائبات لقي تحصل في أحوال التلوث المعدي المعوية وينضم لذلك برقان خفيف يوقظ الزعم بان الحالة التلوية امتدت من الاثني عشرى الى

الفتاة الصفراوية ويكون تلون المواد البرازية بالصفراء قليلا
ولا يندران تكون فاقدة للون بالكلية وخيفة فلا يشاهد عند المريض أدنى
ظاهرة من الظواهر تدل على الخطر العظيم القادم هو عليه وفي الدور المشخص
المتقدم لهذا المرض يزداد البرقان ويصير قسم الكبد مؤلما ومع ذلك فقد
يفقد الام ولو عند الضغط القوي على هذا القسم كما ذكره (بميرجو) ونستكي
المريض بالام شديدة في الرأس ويحصل عندهم قلق وضجر وتقع في حالة
هذيان شديد جنوني وقد تمت حالة التهيج العصبي الشديدة الى اعصاب الحركة
بحيث تظهر تشنجات عضلية جزئية أو عومية ثم يعقب ذلك بسرعة المخاطات
عظيم عند المرضى وحالة تعب شديدة وقد يحصل ذلك احيانا بدون تقدم ظهور
الاعراض العصبية السابق ذكرها فتقع المرضى في حالة تنفس يمكن ايقاظها
منه في الابتداء بواسطة ضغط قوي على قسم الكبد ايقاظا وقبضا ثم فيما بعد
لا يمكن ايقاظها منه بالكلية والحى التي قد تسبى في دور الهبجوم تظهر
اختلافا واضحا في سيرها ففي أثناء ظواهر التهيج الدماغي التي يطرأ في دور
الهبجوم يرتفع النبض وترتق درجة الحرارة وفي انتهاء طور التزايد ينحط
النبض في بعض الاحوال ويطول زيادة عن الحالة الطبيعية ثم تمكسب حالة
المريض انتهاء وصفات يفسر ما فكل من اللسان والاثنة يظهر خافا مشققا
ويحصل كل من التبول والتبرز بدون ارادة ثم تهلك المرضى مع ازدياد
الاضططاط وارتفاع سرعة النبض مع صفرة وظهور عرق غزير وهلاكها
يكون بعد بعض أيام ويندران يكون بعد بعض اسابيع

ثم ان البرقان في الضفور الحاد الاصفر من الكبد ربما اعتسب يرقا قادمويا
ووجه يكون كرات الدم تلاشي وتنفس كالاخيلة الكبدية بتأثير السبب
المضر الذي أحدث هذا المرض لكن كل من فقد تلون المواد البرازية وثقة
التلون البرقاني من الكبد زيادة عن باقي الاعضاء يقرب من العقل وجود
عائق مضائكي مانع من استفراغ الصفراء وأما اعتبار فقد تلون متحصل
الحى بالصفراء نتيجة لفقد تكونها (المعروف بالاشولى) فينبى ويرفض بشقة
التلون البرقاني من الكبد وكذا لا يمكن نسبة التلون البرقاني لحالة نزلية في
المسالك الصفراوية التي يظن وجودها من الاعراض الاولية من هذا المرض

فانه لا يوجد في الحويصلة المرارية ولا في المسالك الصفراوية صفراء مخبئة
راكدة بل التي يوجد فيها مادة مخاطية او قليل من المادة الصفراوية الباهتة
واذا كان من الجيد توجيه اليرقان بالضغط الواقع على ابتداء المسالك
الصفراوية مدد دورا لتفاح الحويصلات الكبدية وفيما بعد يتناقص تجهيز
الصفراء وتكونها امتدادا فسادا لخلايا الكبدية وتلاشيها واما الظواهر
الدماغية التي تكون الاعراض الاكثر وضوحا من الضمور الحاد الاصفر
للـكبد فتوجهها عسر وقد ذكرنا فيما تقدم الاسباب التي تمنعنا من نسبة
تلك الاعراض الى تسهم الدم بالحوامض الصفراوية والاطباء الذين يعتبرون
مرض الكبد هذا نتيجة تآقية لمرض تسمى أصلى او غيره من الامراض
العامة يعتبرون الاضطراب الدماغى نتيجة أيضا لتأثير السبب المضر المؤثر
تأثيرا هوميا واما الاطباء الذين يعتبرون هذا المرض اصابة كبدية موضعية
اولية فيملون لتوجيه الاضطراب الدماغى بالتغير التآبى للدم الناتج عن فقد
وظيفة الكبد او امتصاص متصل لتلاشى الخلايا الكبدية وقد وجد
(فريركس) في البول تغيرات مهمة فان هذا السائل كان يهوى زيادة عن
المادة الملوثة للصفراء المتفاوت الكمية (وعن الزلال النادر الوجود) على
بولورات ككل من الليسين والتيروزين وجواهر خلاصية أخرى وذلك
في الراسب الذي يربس منه عند تركه للراحة ونفسه واما البولينا والاملاح
الفسفاتيية الكلسية فانها زالت من البول شيئا فشيئا وهذه التغيرات الدالة
على التحلل غير طبيعى في العناصر الازوتية لو وجدت على الدوام كان لها
اهمية بالنسبة لهذا المرض وفقد وظيفة الكبد (فان شيرر وجد الليسين
بكمية قليلة في بول مريض كان في اكلينك المعلم عبر جر واما التيروزين فلم
يجده فيه والبولينا كانت موجودة فيه بكمية عظيمة والمعلم سندر وجد
ما يشابه ذلك أيضا) وزيادة على ذلك فان كلاما من الليسين والتيروزين وجد
في البول في غير هذا المرض من الامراض كالتيفوس والجذري والصرع
واما الانزفة التي تحصل في أثناء هذا المرض خصوصا من الغشاء المخاطى
المعدى والهوى وكذا غيرهما من المتسوجات فهي بلا شك ناتجة عن
اضطراب غذائى في جدر الاوعية الشعرية أعنى عن سوء التقنية المعوى

الحاد الذي يشاهد في غير هذا المرض من الامراض الثقيلة التي تغير تركيب

الدم

ثم انه بالبحث الطبيعى يتضح لنا علامات مهمة اذ به يعرف التناقص السريع المتقدم لاصمجة الكبد وهو العرض المشخص للضور الحاد الاصفر لهذا العضو في الابتداء يصير صوت القرع زنا طليدا احداثا القص الصغير اليسارى من الكبد وبعد يوم او ايام قليلة تفقد اصمجة بالكلية والفقء التام لهذه الاصمجة يتعلق ولا بد بسقوط هذا العضو الضامر المسترخى الى الخلف نحو العمود الفقرى عند استلقاء المريض على ظهره فيعمل محله خلف الجدار الضلعي المقدم جرمه معوى غملى بالغازات ولا تنسى انه يوجد امراض كبدية اخرى ينتج عنها تناقص في اصمجة الكبد وانه يوجد بعض احوال ظاهرية من تناقص في اصمجة هذا العضو تقعنا في الخطا كالتي تنشأ عن وضع القولون المستعرض وانزلاقه بين جدر البطن والكبد وعن الانتشار الغازى في تجويف البريتون بل وعن مجرى الحالة الطليعية البطنية ومن البين الواضح انه قد يحصل عسر عظيم في التشخيص في بعض احوال التيفوس المعصوب بغير فان دموى وتمدد عظيم طبل في البطن يترشح الكبد عن الجدار الضلعي لكن على العموم تشخيص المرض الذي نحن بصددده سهل حتى اعتبرنا زيادة عن سيرة السريع العلامات الثلاث الرئيسية وهى البرقان والظواهر الالماغية وزوال اصمجة الكبد والطحال الذي يحصل فيه انتفاخ في غير هذا المرض من الامراض التسممية الانتشارية (بل في بعض الامراض المعصوية به عوبة في الدورة البوابية الكبدية) لا يتفق من تمده على الدوام سواء كان ذلك ناتجا عن قلة درجة انتفاخه أو عن قفطيته بواسطة التمدد الغازى من البطن

• (الحكم على العاقبة والمعالجة) •

يظهر تبعاً لبعض التجارب ان هذا التغير المرضى في ابتداءه أعنى قبل حصول الفساد في الخلايا الكبدية قابل للشفاء ومن الجائز ان ذلك ليس ينادر في دور الهجوم الذى في انشائه لم ييسر لنا معرفة هذا المرض معرفة تامة وأما حصول الشفاء عقب طرق العلاج المرضية المشخصة أعنى الظواهر الالماغية

وصغر حجم العضو الناتج عن تلاشي جوهره فلا يمكن له وقوه ولوذ كر بعضهم
انه شاهده في هذا الدور وبالنسبة لمعالجة هذا المرض لا يتيسر لما حيثئذ
ذكرني يعتمده عليه مؤيد التجارب لكن حيث اعتبر التغير المرضي في هذا
الداء انها باجازه استعمال الاستقرافات الدموية خصوصا ارسال العاق
حول دائره الشرج والسمات الملحمة والمكدمات الباردة على المراق الايمن
ولا ينبغي اجراء ذلك لاسيما اذا لمنا للزعم أن الحالة المرضية الراهنة ليست مجرد
يرقان نزلي بل انها حالة مرضية من هذا الداء الخفيف وأما في الدور الثاني
لهذا المرض فقد ثبت تبعا لجميع التجارب ان الاستقرافات الدموية ذات
تأثيره ضرر على سير هذا المرض وقد أوصى بعض أطباء الانكليز حيثئذ
بالمسملات الشديدة كالصبر وخلاصة الخنظل وزيت حبه لؤلؤ ومادامت
ظواهر التهييج في المجموع العصبي والضمير العظيم والهذيان والتشنجات
موجودة ينبغي استعمال الوضعيات الجليدية على الرأس وان طرأت ظواهر
الحمود والسلسل ينبغي استعمال الحمامات التشنسية الباردة وهي معالجة
تستعمل في احوال الطواهر الدماغية التشنسية بسبب جودة تأثيرها في
احوال الاصابات الدماغية الانتهائية وبعض المرضى الواقعين في الخدر
والكوما وان عاد الى ادراكه وقتيا في أثناء استعمال حمام بارد سلسلي
الا انه لا يأمل حصول نجاح مستمر في أحوال الضمور والامفر الحاد في الكبد
وعين ذلك يقال بالنسبة لاستعمال المنبهات من الباطن والظواهر الموصى بها
عند حلول الطواهر الشلالية والحواضر الممدية عند حلول البقع الشمسية
وقطع الجليد عند حلول التي الشديت والتي الدموى والتزيف المعوى

(الفصل الثاني في امراض المسالك الصغراوية)

*(المبحث الاول في التهاب التزلي لمسالك الصغراوية)

المعروف باليرقان التزلي)*

(كيفية الظهور والاسباب)

كل من القنوات العظيمة المقررة للصغرا والتنوات الكبدية والحويصلية
والصغراوية والحويصلية الصغراوية مبطن بغشاء مخاطي مغطى بطبقة
بشرية ذات خلايا اسطوانية ومحتوية على اجرة شبيهة بحنقود غيب

وهذا الغشاء المخاطي كغيره من الأغشية المائلة له في التركيب كثيرا ما يكون
مجلسا للتهاب نزلي وقلة انقشاع المسالك الصفراوية هي والقنوات السائلة
الصفراء يكسب هذا المرض الخفيف في حد ذاته أهمية مخصوصة فإن هذه
القنوات الضيقة تنسد بسهولة من استفاخ الغشاء المخاطي وتراكم المواد
المخاطية المنقرضة فيها وهذا هو السبب الغالب لاحتباس الصفراء
وامتناعها

ومن النادر ان يكون الالتهاب النزلي للمسالك الصفراوية أوليا بل الغالب
أن يكون ناتجا عن احتقان شديد في الكبد يعتمد الى الغشاء المخاطي كالذي
يصاحب السرطان الكبدي واليدان الحويصلية المتعددة الجيوب والذي
يصاحب كثيرا من الامراض التي تعوق استقراغ دم الكبد كما مرض
القلب والانتنيزع الرئوية والالتهاب الرئوي الخلوي ويمكن ان يكون سبب
هذا المرض الحالة النزلية الناجمة عن الحصوات الصفراوية ولكن لا بد من
شرح ذلك في مجت على افتراضه فانه كثيرا ما يصطبغ بتقرح في المسالك
الصفراوية واعراض ثقيلة مخصوصة وقد يكون سبب هذا المرض أيضا
التأثير الموهج للصفراء المتغيرة الواقع على المسالك الصفراوية لكن حصول
هذا المرض بهذه الكيفية الاخيرة ليس مثبتا واكثر حصولا من ذلك هو
ان يعتمد الالتهاب النزلي الذي مجلسه الاثنا عشرى في محال انصباب القنوات
الصفراوية الى المالك الصفراوية من هذا العضو فيكاد يصطبغ هذا
الالتهاب على الدوام بالتهاب نزلي في المعدة ولهذا أن البرقان الناتج عن ذلك
يسمى بالبرقان المعدي الاثنى عشرى او البسيط بسبب كثرة حصوله بهذه
الكيفية وسيله الخفيف الغير الخطر ثم ان النزلة المعدية الاثنى عشرية التي
تتخذ الى المسالك الصفراوية تحصل من أسباب متعددة ولذا اضطررنا الى ذكر
أسباب البرقان المعدي الاثنى عشرى الى ما ذكرناه في أسباب النزلة المعدية
المعوية

* (المقات التشرىحية) *

متى كان الغشاء المخاطي للمسالك الصفراوية مجلسا للالتهاب حاد نزلي يكون
أحر وخوا مشققا وسطعا مغطى بمواد مخاطية بشرية ومقى كان استفاخ

هذا الغشاء عظيم اصارت القناة الصفراوية مفسدة تفرسها خصوصاً بقرب
 محل انفتاحها في الاثني عشرى اعنى في جرتهم المعوى ومع ذلك توجد المسالك
 الصفراوية في الكبد متعددة ومتمثلة بمواد صفراوية مختلطة بمواد مخاطية
 متفاوتة الكمية وجوهر الكبد يظهر فيه كذلك علامة احتباس
 الصفراء وعند استمرار الالتهاب النزلى فمما يطوي لا يمكن أن ينفج من
 استمرار اتساع الغشاء المخاطى وضخامته انه اذا كلى في القناة لصفراوية
 وفي مثل هذه الاحوال تتدد المسالك الصفراوية تتداز اذ اعين الحد جدا
 والكبد يعظم حجمه وتظهر فيه هيئة احتباس الصفراء ظهورا واضحا
 (الاعراض والسير)

الحالة النزلية للمسالك الصفراوية تيسر معرفتها في معظم الاحوال باعراض
 احتباس الصفراء وامتصاصها ففى ظهرت هذه الاعراض الاخيرة وحصل
 فيها رضوخ وتقدم شيئا فشيئا وجب الظن ابتداء وجود حالة نزلية في المسالك
 الصفراوية وذلك لكثرة حصول اليرقان النزلى بالنسبة لغيره من اشكال
 اليرقان وحيث ان الالتهاب النزلى للمسالك الصفراوية يكاد لا يحصل
 حصولا أو ليأبل ينضم على الدوام الى الحالة النزلية المعديّة الاثني عشرية فمن
 المهم معرفته أن اعراض النزلة المعديّة الاثني عشرية تسبق على الدوام
 التطاير اليرقاني وتصحاحا فيما بعد ولا يسبق اليرقان النزلى على الدوام
 بتغطية في اللسان وتغير في الذوق وغثيان وغير ذلك من اعراض سوء الهضم
 وكلما استطالت مدة الحالة النزلية للمسالك الصفراوية وازداد تضيقها
 قصير المواد البرازية فاقدة اللون ويستدل اللون اليرقاني بالبلد والبول
 وتضطرب الحالة العامة للتغذية وتستعمل مكابدات المرضى وفي غالب الاحوال
 يزداد حجم الكبد بل بعض الاحوال يرتقى ازدياد حجمه الى درجة عظيمة
 جدا

ثم انه اذا أخذ المرض في الشفا مشوه نقصن حالة المريض بعد ٨ او ١٤
 يوما عادة فتعود الشهية وتزول تغطية اللسان شيئا فشيئا وكذا اعراض فساد
 الهضم أيضا ويتعشم حينئذ أن يخصين حالة النزلة المعديّة الاثني عشرية
 نقصن الحالة النزلية للمسالك الصفراوية أيضا وفي الحقيقة يرى بعدمضى

أيام قلائل ان المواد البرازية اكتسبت لونهم الاعتيادي شيئاً وبصير البول
أقل دكنة وهذا يدل على تناقص الاحتباس الصفراوي وتناقص امصاص
المواد الصفراوية وأما المواد الملونة للصفراء المتراكمة في الشبكة لوعائية
المليحية للجلد فنزول يبطء فانه يشاهد بعد تلون المواد الصفراوية للبراز
واكتساب البول لونه الطبيعي بقاء اللون البرتقالي للجلد بعض زمن حتى يزول
هذا العارض ايضا فبعد ما بعد مثل باقي الاعراض

وفي احوال أخرى قد تستطيل مدة الالتهاب النزلي للمسالك الصفراوية
ويصير من منا كالحالة النزلية المعدية الاثنى عشرية وحيث قد تستمر مدة هذا
المرض عدة اسابيع بل اشهر ويشهد بظهور البرقان وتزداد فحانة المرضى
ويكتسب السكبر دجما عظيم جدا ومع ذلك فكثيرا ما ينتهي هذا المرض
ولو لم يزد الحالة بالشفا مع المعالجة اللائقة ومن النادر ان يذهب احتباس
الصفراء الناتج عن الالتهاب النزلي المذكور انما يحزننا بسفرار الاعراض
السابق ذكرها

* (المعالجة) *

حيث دلت التجارب على ان الالتهاب النزلي للمسالك الصفراوية يزول
بسرعة بزوال النزلة المعدية المعوية التي امتدت الى هذه المسالك فالمعالجة
السيمية تستدعي استعمال الوسايط التي ذكرناها عند الكلام على معالجة
النزلة المعدية المعوية ففي بعض الاحوال المخصوصة المذكورة سابقا
يستدعي الحال اعطاء المقيئات والسملات والمعرفات والتدبير الغذائي
اللطيف ولا حاجة هذا المذكر جميع الوسايط التي تستعمل في النزلة المعدية
المعوية واتخاذ كنهنا جودة تأثير القلويات الكبرونية كبيكربونات الصودا
وخلافها وتأثيرها الجيد في هذا المرض سواء كانت محلولة في بعر صناعية او
في مياه معدنية طبيعية كما كراس باد وماريه باد فاستاوان لم نسلم ان المياه تلك
التي يبيع تأثير الاواسط في احتباس الصفراء والبرقان فحزم بان لا يوجد
طريقة علاجية اكثر جودة وموافقة في مثل هذه الاحوال من استعمال
هاتين المياه فانما اتهم شيئا من تضارب السبب الاصل فان لم نسمع حالة المريض
باستعمال مياه هذه البناسيع الطبيعية جازلة استعمال المياه القلوية الصناعية

كما الصودا وكلس باد وما ريه باد وغيره مع التدبير الغذائي المستعمل
في حمام كلس باد ويمكن حصول الصباح بالاعتصار على هذه المعالجة
البسيطة

وقد تستدعي معالجة المرض نفسه استعمال المقهيات غائبة في أثناء حركات
القيء تدفع الصفراء من المسالك الصفراوية والحوصل المرادية فهو فوهة
القناة الصفراوية المنصبة في الاثني عشرى وبهذه الكيفية يمكن دفع المواد
الخاطية السادة لقوة تلك العناية بقوة عظيمة وكان ينبغي كثرة استعمال
المقهيات في هذا المرض أكثر مما يستعمل عادة لولا ان استفاخ الغشاء المخاطي
هو السبب في انسداد هاتيك القنوات أكثر من المواد الخاطية المتجمعة فيها
ولم يحش ان تكرار استعمال المقهيات يمكن أن يزيد في الحالة النزلية المعصية
المعوية

ومن المدوح بكثرة في معالجة اليرقان النزلي حمض التريك جرم منه مخلوط
بجزءين من حمض الكلور دريك أعنى الماء الملكي الذي يستعمل من الظاهر
على صفة حمام قديم من ١٥ جراما الى ٣٠ (أعنى من نصف اوقية الى
اوقية) في ماء حمام قديم او على شكل مكدمات على قسم الكبد ومن
الباطن من جرامين الى خمسة (أعنى من نصف درهم الى درهم) في ست اواق
من صواغ غروى ويعطى من ذلك عمل ملعقة كل ساعتين ومن الجائز ان
الاستعمال الباطنى لهذا الجوهر الدوائى يكون له تأثير جيد في النزلة المعوية
وبذلك يحصل اندفاع التعقدات الخاطية السادة للمسالك الصفراوية وأما
استعماله الظاهرى فالظاهر أن لافائدة فيه ويوجد تأثير المسهلات الشديدة
في هذا المرض بازدياد الحركات الديدانية المعوية التي تمتد ولا بد الى العناية
الصفراوية لكن ليس لهذه الجواهر عموما كبير فائدة في اليرقان النزلي ولو
كثرا استعمالها فيه وأما على الزئبق الحلو (بقدر ٥ سنتى جرام أعنى حبة
واحدة في كل مساء) وجرعة وبينه (بقدر ملعقة أكل كل صباح) طبعا
للطريقة المعروفة بالانكليزية فذموم ولوائه يحصل به اشفاء في أحول عديدة
في اليرقان النزلي ولا تستعمل المسهلات الخفيفة الا عند وجود اعتقال عظيم
فقط يستعمل حينئذ الاملاح الطرية لاسيما طرطرات البوتاسا أو مطبوخ

القرهندي مع حمض الطرطير وشراب السنأوالمن (بان يؤخذ من أوقية الى اثنتين من القرهندي ويغلى في ثمان أواق من الماء ونصف درهم من حمض الطرطير ومقدار كاف من شراب السنأوالمن) أو يهطى منقوع السنأوالمركب أو مجبونه المسهل أو مسحوق المنيزيامع الراوند

*) (المبحث الثاني في التهاب المسالك الصغراوية

أي الغشاء الكاذب والدفتيري) *

يندر حصول التهابات ذات نضح لبنى في المسالك الصغراوية وإن حصلت كان ذلك في أثناء سير بعض التغيرات المرضية الثقيلة جدا كالتيقوس المستطيل وتعض الدم والتقيويد الهيمضي وفي التهاب ذى الغشاء الكاذب يوجد الغشاء المخاطي للحويلة الصغراوية مغطى باغشية كاذبة متفاوتة القاسك وفي المسالك الصغراوية بتعقدات ليفية قنوية الشكل ومحتوية على مادة صغراوية فيؤدي ذلك لاحتماس الصغرام وفي التهاب الدفتيري يكون جوهر الغشاء المخاطي مرتشفا في بعض اصناف معدودة منه بنضح لبنى يؤدي لتضخيمه ولتقد جوهرى عميق بعد انخساله وهذه التغيرات المرضية لا تعرف مدة الحياة بل والبرقان الشديد الذي يشاهد في أثناء سير التيقوس وتعض الدم والتقيويد الهيمضي لا يجوز نسبته لالتهاب ذى الغشاء الكاذب والدفتيري في المسالك الصغراوية فإنه كثير أمارا يشاهد بدون أدنى تغيرات مادية في المسالك المذكورة

*) (المبحث الثالث في تضايق المسالك الصغراوية وانسدادهما

والتعدد التامبي لها) *

(كيفية الظهور والاسباب)

السبب الغالب في انسداد المسالك الصغراوية وهو التهابها النزلى لها يندر أن يستمر زمنا كافيا بحيث يحدث تعددا مستقرا في تلك الفتوات وما يعقبها من النتائج ويعتبر الاسباب الغالبة لانسداد المستقر في المسالك الصغراوية أولا الاورام التي بضغطها تحدث انسدادا في هذه المسالك وهي تكون تارة عبارة عن عقد سرطانية ناشئة من الكبد أو البنكرياس أو المعدة أو الاثني عشرى وتارة أخرى تكون عبارة عن غدد ليفية متعثرها الاستحالة الجبية

أو غير هامن الاستحالات المرضية أو خراجات أو جيوب ديدانية متكبسة
أو أورام أو نورزماوية أو عن القولون المتعدد بواسطة المواد لنقلية المحتبة
فيه والتميسة فانيا الانقباضات الندية التي تخلف القروح اللثة التي
كان مجلسها القنوات الناقلة للصغراء أو محل تقسمها بالاثني عشرى أو ثمن
وضهور تاجي في الرباط الكبدي الاثنى عشرى المنج عن التهاب البريتوني
المزمن لاسيما متى حصل المجذاب أو الحشاء في القنوات الناقلة للصغراء
فان ذلك يؤدي لانسداد فى القناة الصفراوية أو الكبديّة أو الحويصلية
المراية فالتأ وهو الاخير قد يحصل انسداد مستمر فى المسالك الصفراوية
عن الاجسام الغريبة لاسيما التجمعات الحجرية لثابتة

• (الصفات التشريحية) •

الحالة التي يوجد عليها انسداد القنوات الصفراوية تختلف باختلاف المحل
الذي حصل فيه الانسداد فان حصل فى باطن الكبدة نفسه بواسطة تجمعات
حجرية فى المسالك الصفراوية مثلاً أو من ضغط أورام متكونة خارج هذا
العضو وجد بعض المسالك الصفراوية فقط متعددا جديدا أو مستويا
فى امتداد عظيم أو على هيئة المأزق المنطوم وباطنها على بمادة مخاطية محتلمطة
بالصغراء أو عتلى بصريه متلون بهذا المائل فيما اذا حصل التهاب وتكون
خارج فيما وان كان المتعدد القناة الكبديّة حصل هذا التمدد فى جميع المسالك
الصفراوية الكبديّة بحيث ان التمددات السطحية تكون بروزات مقوّجة
على السطح الظاهر من الكبدة وان كان مجلس الانسداد فوهة القناة
الصفراوية حصل التمدد فى هذه القناة هي والقناة الكبديّة معا وزيادة
على ذلك فالغالب ان يحصل التمدد ايضا فى القناة الحويصلية والحويصلة
الصفراوية بنفسها وبالجملة ان سكّات القناة الحويصلية هي المسددة
باعتقادها الميزل الغشاء المخاطى مسفرا على افرازه غالبا ولوان الصغراء
لا يمكنها النفوذ فى الحويصلة الصفراوية وحيث ان هذا الافراز لا يمكن
استفراغه فان الحويصلة الصفراوية تتجدد شيئا بشيأ بسبب تراكم فيها وهذه
الحالة يعبر عنها بانسقاط الحويصلة الصفراوية

والقناة الصفراوية ان بقيت فوهتها مسددة يمكن ان تصل الى قدر متسع المحي

بل يمكن ان يصير كجيب واسع وتعددها يصل بواسطة القناة الكبدية وتفرعاتها
الى المسالك الصفراوية الشعرية وكذا الحويصلات الصفراوية وان تعددت
في الغالب الا ان تعددها لا يصل عادة الى الدرجة العظيمة التي يصل اليها تعدد
القناتين المذكورتين لان القناة الحويصلية تكاد بسبب انفتاحها على
شكل زاوية حادة طام من القناة الصفراوية المتعددة والكبدية نفسها تعتبره
التغيرات التي ذكرناها واصفة للاحتباس الصفراوي المرتقي جدا فتكون
في الابتداء متزايدة الحجم والمسالك الصفراوية المتعددة تظهر على سطح الشق
كحويصلات عظيمة محتوية على مواد صفراوية او مخاطية سنجابية بيضة خالية
عن الصفراء ثم فيما بعد يصفر حجمه بسبب ظهور الخلايا الكبدية في احوال
استسقاء الحويصلة الصفراوية تكون هذه الحويصلة مستجيبة الى كيس
شفاف متورم من حجم قبضة اليد او بيضة الاوز الى رأس الطفل محتوية على
سائل زلال مائي والياها العظمية تكون متباعدة عن بعضها ضامرة
وغشاؤها المخاطي يكون فاقدًا لمسوحه الاصلية فيكون كغشاء مصللي
وفي بعض الاحوال قد لا يؤدي انسداد القناة الحويصلية الى هذه
الحويصلة بل الى انكماشها فيه قطع الافرازات وتكاثف محتوياتها المخاطية
الصفراوية وتستحيل الى مادة طباشيرية وأما جدر هذه الحويصلة فيحصل
فيها ثخن وانكماش بسبب ما يعتريها من التغير الالتهابي الزمن فيختلف ذلك
ورم يابس ممثلي بمادة طباشيرية يكاد يصل الى حجم بيضة الحمام
(الاعراض والسير) *

أعراض الاحتباس الصفراوي الشديدة جدا وهي اعراض اليرقان المعروف
بالعسلي التي لا يندومها انتم باعراض السرطان أو غيره من أورام البطن
او التهاب العيون الزمن او الحصوات الصفراوية القديمة تكون الصفة
المرضية لانسداد القناة الكبدية او الصفراوية قال اليرقان يكون شديدا جدا
والمواد الثقلية تكون فاقدة لآلونها بالكبدية زيادة عن باقي اشكال الاحتباس
الصفراوي ومع ذلك فقد تستمر هذه الحالة زمنا طويلا بدون ان تظهر
الاعراض الثقيلة للتسمم الصفراوي المذكورة سابقا وقد يتيسر غالباً
معرفة تعدد الكبدية متى كانت القناة الصفراوية مفسدة ويحسن مع ذلك

الحويصلة الصفراوية المثلثة المقددة كأنه أحيانا يمكن معرفة صفر حجم
الكبد التابعي فان تبسر معرفة وجود أورام سرطانة في البطن أو سبق ذلك
اعراض المغص الحصى الصفراوى أو دلت ظواهر مرضية أخرى على نوع
الانسداد صار التشخيص أكيدا وفي بعض الأحوال لا تبسر المعرفة
الانسداد لاسببه

وأما الامتلاء الحويصلة الصفراوى فتسهل معرفة ما دام منقردا أى بدون
مضاعفة بضائق أو انسداد فى القناة الصفراوية أو الكبديّة فإن احسن
بورم كشرى ناشئ من قسم شق الحفرة الصفراوية مستدير من أسفل وكان
منوتر احمرنا أو مقوجا وشده ذلك عند مريض لم يكن اعترا به رقان من قبل
دل ذلك على وجود انسداد فى لقناة الحويصلة وغددة فى الحويصلة نفسها
بواسطة إفراز مانع اعنى امتلاء حويصلة صفراويا فان وجميع ذلك يرقان
دل تعدد الحويصلة المرارية تقريرا على امتلاء الصفراء الهضمية
وحيث ~~يكاد~~ لا تبسر لنا دفع سبب الانسداد المستقر لمسالك الصفراوية
لا يمكن الكلام على معالجة هذا المرض مع النجاح
(المبحث الرابع)*

(فى الحصوات الصفراوية وما ينتج عنها)*

(كيفية الظهور والاسباب)

تكون الحصوات لم يزل فيه بعض اتهام ولوانه يوجد فى هذا الموضوع
أبحاث ورسالات عديدة والحصوات الصفراوية لا تتكوّن من الصفراء العبر
المتغيرة فانه يوجد فيها اجزاء غريبة لا تحتوى عليها الصفراء الغير المتغيرة
بالكلية وهذا يدل على ان كل تكون حصى فى الصفراء يصطبغ بالخلل فيها
كما قاله كين وان سئل عن الاسباب المؤدية لاختلال صفراء قبل يغلب على
الظن ان التغيرات ليزلية الحويصلة والمسالك الصفراوية دخلا عظيما فى ذلك
فيظهر انه بواسطة الإفراز الخاطئ الغزير الحصى يحصل ولا يتخلل فى
صفراء السوداء وذلك يحصل بسبب فى بعض العناصر المحفوظة على حالة
الخلل بهذا الملم لاسيما الكولسترين والمركبات البجيمتية الكلسية
المكونة لزواة الحصاة ويساعد ولا بد على تكون الحصوات الصفراوية جميع

التغيرات التي تحدث وكود في الصفراء اذ بذلك يحصل فيها تكاثف وانما
كانت الحصوات الصفراوية من النتائج الاعتيادية لبعض امراض الكبد
والحويلة الصفراوية التي يفتح منها انسداد في المسالك الصفراوية أو شلل
في الحويصلة كما يشهد ذلك عقب اليرقان النزلي المستطيل المدة وكذا عقب
التصاق الحويصلة الصفراوية بما يحيط بها وصرطان الكبد والحويلة
الصفراوية ونحو ذلك وقد ينشأ في بعض الاحوال عن الاجسام الغريبة
تسكون رواسب في هذا السائل كالأبر والمديدان الخراطيشية والايكوكونية
التي نفذت في الحويصلة الصفراوية وكسرات من الزئبق المعدني ونحو ذلك
وأما القول المألوم من ان نواة الحصوات الصفراوية تشمل زيادة عن المادة
البيضة نغمة الكلسية على مادة مخاطية فقد اعتبره (كين) من الملاحظات
اذ لا يتأق اثبات وجود هذه المادة في متحصلات نواة الحصوات الصفراوية
بالامتحان الكيميائي

ثم ان الاستعداد للاصابة بالحصوات الصفراوية يزداد بتقدم السن فانه يندر
وجودها في شخص قبل الثلاثين سنة كما يندرجد مشاهدتها في سن الطفولة
والنساء أكثر اصابة بهن من الرجال (بنسبة ٣ الى ٢) ويوجد ذلك بفعل
بعض مؤثرات مخصوصة راجعة الى طبيعة البلورية والمهصر ويظهر ان الحصوات
الصفراوية يكثر ولها في بعض البقاع عن الاخرى لكن القول بان كثرة
وجودها في الحال التي مياها كثيرة الكلس ليس أكيدا كما قاله
(فريركس)

• (الصفات التشريحية) •

الحصوات الصفراوية تتكون في جميع أجزاء المسالك الصفراوية من
ابتداء جذرها الى محل انصباب القناة الصفراوية في الاثنى عشرى لكن
أكثر تمكونها في الحويصلة الصفراوية واما وجدتها في المسالك يكون اما
على شكل نويات صغيرة (تعرف بالرمل الصفراوي) واما على هيئة
حصوات عظيمة مستديرة ويندر أن تكون شجرية كالهة فيق في المسالك
الصفراوية واما ما يوجد منها في الحويصلة الصفراوية فيختلف حجمه فيكون
من حبة الدخن الى بيضة الدجاجة وقد لا يوجد منها الا حصاة واحدة وقد

تكون أزيد من ألوف على هيئة نويات صغيرة وفي العادة يوجد رجله منها من
عشرة إلى عشرين في حجم نواة السكرزة والكرزة تقسمها وما كان منها متحركا
في الحويصلة الصفراوية يكون مستدير الشكل وأما الحصىات العظيمة
الثابتة في محله المزاجية لبعضها فتظهر ذات زوايا مسطحة في محل ملاصقتها
لبعضها أو مكونة لفواصل مع بعضها بأسطحة محدبة ومقعرة والسطح الطاهر
لذلك الحصىات يكون غالبا أملس وقد يكون خشنا بل حلقا أو مجعبا ولونها
يتنوع بالمادة الملونة للصفراء فيقال لها كونا كونا تكون الشكولاتا
أو مسودا وقد يكون صفرا أو مخضر أو الحصىات الكولسترية ذات النقيصة
تكون مبيضة ذات تاليف متشعب بلوري وقوام الحصىات الصفراوية
الحديثة يكون رخوا بحيث يسهل انضغاطها بين الأصابع ووزنها النوعي
قليل بسبب احتوائها على المادة الدهنية الصفراوية ومع ذلك فيكون أزيد
من وزن المادة لا تسج عليه إلا الحصىات الصفراوية الجافة المحتوية
على الهواء

وأما تاليف الحصىات الصفراوية فبعضها يظهر مستويا لكن غالبا
يحتوي على نواة وطبقات فوق بعضها ومتشعب التاليف والجوهر المتسلسل
في معظم الحصىات الصفراوية هو الكولسترين وزيادة على ذلك تحتوي
غالبا على أملاح كاسية ومادة مائنة صفراوية (سما البليروين ومايتكون
منه) ونواة الحصىات تكون مركبة من الكاس والمادة المائنة للصفراء
المعروف بالكاس البجمتي وبالجمل فيوجد فيها مخلوط مكون من حمض
الكولالين والديسليين المعروف بجمض الكلويدين وذهب (كين) إلى
أن تكون الحصىات الصفراوية يتكون بالكيفية الآتية وهوانه
بوجوده إلى سبب موجب لصلان الصفراء يرسب كل من حمض الكلويدين
والاتحاد السابق ذكره المكون من الكاس ومختلات البليروين (وهو
الكاس البجمتي) فانهم عسرة الاختلال فان كان التحلل الصفراء وقتها امتنع
تكون تلك الرواسب لكنه يتراكم على الحصىات الصغيرة متى لم تنفذ
وينتفد الكولسترين الطبيعي العسر الذوبان أو إحدى صاممر كرائته
احتباس الصفراء من مناطق ولا وينتفد تنشا الحصىات الكثيرة الكولسترين

التي اما ان لا تحتوى في طبقتها الظاهرة على مادة ملونة او انها تحتوى على تلك
المادة الطبيعية مع البايرويين واما ان اسقمرا فحلال الصفراء المكون
العصاة زماما طويلا تكونت حصوات قليلة الكولسترين وكثيرة المادة
البصمائية الكاسية ولا سيما المحتوية على متحصلات البايرويين وهي
البليراسين والبليفوسين والبليومين ومن النادر وجود حصوات صفراوية
مذكورة بالا اكثر من القوسفات الترايبية والاملاح الكبريتاتية
وفي الغالب تكون الحصوات الصفراوية سائبة في الحويصلة المرارية ويندر
ان تكون ممتصة بجدرانها او محتبسة في انبعاثات جيبية فيها وفي الغالب
تكون - ديرا الحويصلة الصفراوية قليلة التغير لكن احيانا يكون قاعها
مجلسا لاحتقان وتنفخ في الغشاء المخاطي او يحصل فيه فقد جوهه متفاوت
الامتداد والعمق ناهي عن تفرح والتصاق بين الحويصلة الصفراوية و
يحيط بها من الاجزاء وهذا يدل على ان التيج الناتج عن الحصوات احدث
تغيرات التهابية برتوية بل وقد يؤدي التفرح الى تنقب الحويصلة
الصفراوية فان حصل ذلك قبل التصاق هذا العضو بما يجاوره من
الاعضاء انصب متصلة في تجويف البطن فينشأ عن ذلك التهاب برتوي
منتشر واما ان حصل التنقب فيما بعد التصاقها بما يجاورها من الاعضاء
حصلت استسطارقات بين اويين المعدة او القولون او الاثنى عشرى وهو
اغالب او ان التنقب يحصل الى الخارج من جدار البطن وفي احوال اخرى
قد لا تكون التغيرات الحاصلة في الحويصلة عن الحصوات الصفراوية من
طبيعة تفرحية مفسدة لجدرانها يحصل فيها ما كذا وتحيط بما احتوت عليه
من الحصوات وانه يتكون من جدرانها تراكبات كاسية تحيط بالحصوات
وتلتصقها

واما الحصوات الصفراوية التي مجلسها المسالك الصفراوية فيمكن ان ينتج عنها
احتباس الصفراء والتهابات نزلية في تلك المسالك والتهاب تفرحي في الكبد
وان اندفعت حصوات عظيمة في القوات الناقلة للصفراء بواسطة انقباضات
الحويصلة الصفراوية قائما تحتبس فيها وتقع - تفرغ الصفراء بالكابة
بحيث تضع جميع الاموات الناتجة عن احتباس الصفراء وامتصاصها

كما تقدم ذكره بل وقد شوهد في أحوال نادرة أن القراكم العظيم للصفر في تلك
القنوات ينتج عنه تمزق فيها واستقرار احتباس الحصى والصفراوية زمانا
طويلا يمكن أن ينتج عنه التهاب موضعي وتقرح في القناة الحويصلية
والصفراوية ولو بعد انقضاء الحصى في الاثنى عشرى يؤدي الى
انسداد مستمر في إحدى هاتين القناتين بواسطة الانسداد الدبلي بل والحصى
المتحبيسة يمكن أن ينتج عنها تقرح قد دخل في تجويف البطن والمعى بل والوريد
الباب

* (الاعراض والسير) *

كثيرا ما يوجد عند فتح الحفنة حصى صفراوية في الحويصلة المرارية
بدون أن يكون قد نتج عنها اذى اضطراب في الصحة مدة الحياة بل يمكن القول
بأن يعد من الاستثناء أن كون الحصى الصفراوية مادامت موضوعة في
الحويصلة الصفراوية ينتج عنها تسكدر في الصحة وتضع باعراض مخصوصة
بل وانتقال الحصى الصفراوية من الحويصلة الى القنوات الناقلة
للصفراء ووصولها الى المعى يمكن حصوله بدون أن ينتج عنه آلام او اعراض
أخرى مادامت الحصى صغيرة أو متناسبة الحجم ومما يؤيد ذلك التجارب
التي تفعل في بعض الحامات المعدنية التي فيها يصير البحث بالدقة عن المواد
البرازية لأجل معرفة وجود تلك الحصى فيها أم لا لحكام كرس باد
او نحوه

وأما الحصى التي يجلسها جذور القناة الكبدية فانه لا ينتج عنها الامساك
غير فارة سيما ان يركس كالألام الصماء واضطراب الهضم بخلاف تمدد
الكبد والبرقان فانهما يفتقدان غالباً وعند ازدياد تهيج المسالك الصفراوية
يمكن ظهور نوب قشرية وحرارة وعرق نابعين بظن من وجودها بوجود
حي متقطعة

وأما ان حصل التهاب وتقرح في المسالك الصفراوية أو خرج في الكبد
أو التهاب وريدى فإن ظهرت اعراض تلك الامراض فتشخص الحصى
الصفراوية في الكبد لا يمكن اجاؤه فيقتضى في بعض الاحوال لوضحة
راشرح الآن مجموع الاعراض الذي لا يندروا ان يظهر في انشاء مرور

الحصوات الصقراوية العظيمة من القنوات الناقلة للصقرا في اثناء احتباسها
 احتباسا وقتيا المعروف بالمغص الحصى الكبدى ثم اعراض التهاب
 الحويصلة الصقراوية وتقرحها هي والقناة الناقلة للصقراء التي تنتج في
 بعض الاحوال المادرة عن الحصوات الصقراوية
 فاما المغص الحصى الصقراوى فانه يحصل فجأة في الوقت الذى فيه تنقل
 الحصوات الصقراوية من الحويصلة الصقراوية الى قناتها وتحتبس فيها
 وذلك يحصل عادة بعد الاكل العظيم ببعض ساعات متى حوص متحصل المعدة
 الحصى النافذة في الاثنى عشرى الحويصلة الصقراوية على احتباسات قوية
 ويندر حصوله عقب المشاق الجسمية المحسوبة بتوتر في عضلات البطن أو
 عقب الانفعالات النفسية وكثيرا ما يحصل بدون أسباب مدركة فالمرضى
 تعترجهم الآلام تزداد تاريطا وتارة بسرعة عظيمة وتكون ضاغطة أو ممزقة أو
 قاطعة ودرجة تلك الآلام تختلف باختلاف عظم تلك الحصوات وكونها
 ملساء أو حادة أو خشنة لكن على العموم يكون الألم شديدا جدا بحيث ان
 الدرجة الشديدة تلك الآلام التي يقل وجودها في الألم المعدى العصبى
 والمغص الحصى وانما يكثر وجودها في أحوال المنقب والمغص الكلوى
 توقف ظن الطبيب بان المريض معتبره مغص حصى صقراوى ولا يحسن
 الظن بان مجلس تلك الآلام يكون محدودا فكمثرا ما لا يشتكى به المريض
 في المرافق الايمن بل في قسم المعدة والقسم القطنى اليمى أو الجهة اليمنى من
 القص بحيث ان الطبيب يزعم وجود ألم معدى أو مغص كلوى أو ابتداء
 التهاب بليورى وبعض المرضى ولو القطنين تحقق لنا ان لا قدرة لهم على
 تعيين مجلس المرض بل انه يمتد الى جميع البطن والصدر بل الى الكتف الايمن
 ولا يندر أن تكون عضلات البطن متوترة والجزء العلوى من هذا التجويف
 كثير الحساسية عند الضغط وتكون المرضى اذ ذلك في حالة قلق عظيم وفي
 حالة تألم زائد مجتهدة في احداث اللطيف بتغير الوضع وفي الغالب لا توجد
 حصى ومع ذلك فقد شاهد (فريركس) احوال حصل فيها ثوب قشعريرة واعتقب
 ذلك ارتفاعا في الحرارة الى درجة الاربعين وخمسة من درجة مئوية ويكون
 النبض غالبا طبيعيا وسريعا احيانا ومع ذلك فقد ذكر ولف ان لتناقص

مرعة النبض من ٥ الى ١٠ في الدقيقة اهمية تشخيصية في هذا المرض وكثيرا ما يحصل في سمبوتوى تقذف به غالباً مواد صفراوية فان استمر اغها في الاثنى عشرى لا يكون عامادامت الحصاة محتبسة في القناة المرارية بل والحصوات الصغيرة التي وصلت الى لثة القناة الناقلة العمومية وهي الصفراوية لا تقع احباً من مرورها من الصفرة المحتبسة بجوار الحصوات في اثناء الانتبضات، لعظيمة القوى يصل الصفراوية والوب العظيمة للمغص الحصى الصفراوى قد تحدث "بمعاند الاناث لكثيرة الحصاة نسبة ظواهر ضعف حر كات القاب والانحطاط كما يشاهد ذلك عند وجود كل المشد يد النبض به صغير او بالمد بارد او الوجه باهتا وقد تحصل نوب انغما حة حقيقة وقد يعترى المرضى في بعض الاحوال اهتزاز تشنجى بل وقد تظهر تشنجات عامة أو قاصرة عنى احدى جهتى الجسم ثم بعد مضى بعض ساعات تنقاص الآلام شيأشأ إعادة وتسمى النوبة لكن لا يندران بعقب انحطاط الآلم ارتقاء جديد فتقدم النوبة من يوم الى جلة أيام وماذا لا الامن كون الحصاة كبيرة فلا تقدم الايط " نحو القناة الاوية أو انه يوجد جلة حصوات يدفع كل منها على حدة

ومضى مرت الحصاة من القناة الصفراوية ووصلت الى الاثنى عشرى تغيرت حالة الارضى بالكليسة فالرضى لا تكون متأة ويزول اضطراب واضجرها ويرتفع النبض وتعود حرارة الجلد ويزول تغير السحنة والانتقال لعظيم من المكابدات العظيمة والآلام الشديدة الى الراحة التامة قد يحصل في زمن تدبل بحيث ان لفرق بين الحالتين يكون واضحاً مبهجاً وفي أحوال أخرى لا تزول الآلام فجأة بل بالتدريج وماذا لا الامن " كون تهيج المسالك الصفراوية العظيمة لا يعقبه سكون وهذه في المجموع المعبى الايط " كالمقلة فانهم متى تهيجت بجم غريب تستمر حالة تهيجهم زماناً طويلاً بعد زوال الجسم لغريب المهيج وتبعده

وأما الانتهاء المحزن للمغص الحصى الصفراوى يتقدم ظواهر الانحطاط الثقيل الذى ينتقل الى حالة شللية عمومية فتأرجح او أكثر من ذلك " ولا هو ان يعقب نوبه هذا المغص اعراض التضايق المستمرة المسالك

الصغراوية او انفسادها وذلك بان تبقى الحصة ما كنه في القناة الصغراوية
 او ان يخلف مرورها من تلك القناة بتأثيره المضايكي تقرح التلميذ فيخرج
 انكمش ندى فتضيق تلك القناة وتفسد نتيجة ذلك هو البرقان الصلي المستقر
 وان كان المتسدد هي القناة المرارية فيخرج عن ذلك استقام حويصلي مراري
 او ضمو في تلك الحويصلة

ثم انه بمرور حصة صغراوية من القناة المرارية الى القناة الصغراوية يتمتع
 استقرار الصغراوية بالكلية او يتهدد
 واحتباس الصغراوية يمكن ان ينتج عن اتساع في الكبد وتعدد مدرل في
 الحويصلة المرارية ويرقان كبدي امتصاصي غالباً وذلك فيما اذا لم تدفع
 الحصة من القناة الصغراوية بسرعة وهذا البرقان الذي يشاهد غالباً بعد
 انتهاء التوبة يكون في العادة خفيفاً وقتياً بحيث لا يشاهد في المنطقة المليئة
 الا في اثناء بعض ساعات ولذا انه كثيراً ما لا يعرف ويحتقن ومع ذلك فلهذا
 البرقان اهمية عظيمة تشخصية انه بوجوده يزول كل تغيب بالنسبة
 لطبيعة نوب الالم لهذا البرقان يمكن الحكم على طبيعة نوب الالام
 السابقة التي لم يشاهد فيها البرقان او اختفى وكانت اعتبرت نوب الالام عصبية
 معدية او مغصاً

والحصوات الصغراوية التي اندفعت في الاثني عشرى يندرا استقرارها بالتقوية
 والعال اندفاعها مع المواد النارية ومن المادرات يكون اندفاعها معصوماً
 بمغص أو تبرز من مواد شامة دموية بل يكاد يحصل على الدوام بسمولة
 وبكيفية غير مدروسة بحيث لا ترى الحصوات في المواد البرازية الامع
 البحث الذي بالكلية وفي بعض الاحوال لا توجد الحصوات في المواد البرازية
 بدم مضى التوبة مهما كانت دقة البحث بواسطة مصادرة صب الماء عليها
 رغماً لها وفي مثل هذه الاحوال يسوغ القول بان احتباس الحصوات انما
 كان في عنق الحويصلة المرارية او في الجزء الابتدائي من القناة المرارية
 اعني في مغصه يكون فيه زوال احتباس الحصوات ناتجاً عن رجوعها
 ودخولها في الحويصلة المرارية ومع ذلك فلم يزل في مجت المصص الحصى
 الصغراوية بعض أمور غير واضحة لما في ذلك الامر العديم التوجيه وهو

كون الحصوات الصفراوية الكائنة في الحويصلة المرارية عند بعض الأشخاص ليس لها أدنى ميل للاستقال من محلها طول الحياة بخلافها عند أشخاص آخرين فانها تنتقل على الدوام من محلها مارة في المسالك الصفراوية وتكرر ذلك جملة مرات وكان ينبغي أن يكون لسير المص الحصى الصفراوى ثلاثة أدوار مفترقة عن بعضها باختلاف شدة الظواهر المرضية بحيث ان الدور الاول يوافق احتباس الحصوات في القناة المرارية الضيقة والثاني دخولها في القناة الصفراوية المتسعة والثالث احتباسها ثانيا في الجزء المغوى الضيق تلك القناة ومع ذلك فقل هذا الاستظام في سير الاكام الذي كان يمكن أن يستدل منه على المحل الموجود فيه الحصة لا يدرك الا في أحوال استثنائية

ثم ان التهاب الحويصلة الصفراوية وتقرحها الناجم عن الحصوات الصفراوية لا يؤدي لأعراض واضحة الامتق اشتراك البريتون في الالتهاب وهذه الاعراض عبارة عن الظواهر المرضية للالتهاب البريتونى الجزئى أو الحاد أحيانا السابق ذكرها وكل من مجلس الام فى قسم الحويصلة الصفراوية ونوب المص الحصى الصفراوى التى تكرر وجودها من قبل والتمكن من الاحساس بالحصوات في الحويصلة الصفراوية كما تبصر ذلك لكثير من الاطباء ولنا أيضا عند النساء ذوات الجدر البطنية المسترخية يرجع القول بان جدر الحويصلة الصفراوية قد اعترأها الالتهاب والتقيج بواسطة التجمعات الحجرية الكائنة فيها وان حصل تثقب في الحويصلة الصفراوية قبل التصاقها بملحيطهم من الاعضاء انضمت الصورة المرضية السابق شرحها التى تكاد أن تكون واضحة لدخول جواهر قريسة في تجويف البريتون فهلك المرضى في قاييل من الايام بواسطة الالتهاب البريتونى المنتشر وان كانت الحويصلة الصفراوية قد تم التصاقها بالاعضاء المجاورة لها عند حصول تثقبا بقيت الظواهر الالتهابية البريتونية قاصرة على قسم الحويصلة الصفراوية وترغم لذلك علامات اضطراب في وظيفة المعى وكثيرا ما تبقى الصورة المرضية في هذه الحالة الاخيرة بغير واضحة الى ان تنقذف حصة صفراوية عظيمة الحجم جدا لا يتأفى صور مرضى ورهنا من القناة

الصفراوية والتجمعات الخيرية المارة من الحويصلة الصفراوية الى المعى بواسطة استطراق غير طبيعي يمكن أن تكون عظيمة الحجم جدا بحيث يتيسر مرورها من القناة المعوية فينشأ عن ذلك اعراض القولنج وعندنا حصوات من حصوات كولسترينية في حجم بيضة الحمامة وكانت أوصلت لنا مع الزعم انها معوية واقطعت من المستقيم مع مشاق عظيمة عند امرأة كانت على ما قبل مصابة بنوب متكررة من التهاب ~~كبدى~~ وفي أحوال أخرى قد شوهد بعد الموت باعراض القولنج حصوات صفراوية عظيمة محتبسة في المعى الدقيقة لاسيما عند صغارهم (بوهين) وان التصقت الحويصلة المرارية الملتبسة بالجدار المقدم من البطن أحسن بها على شكل ورم صلب محدود أحيانا ثم تلتهب الجدر الباطنية فيم ~~بعد~~ ويتكون فيها خراج يخرج منه فيما بعد صديد ثم مواد صفراوية ثم عدد عظيم من الحصوات الصفراوية (وهذا ما يسمى بالناسور الحصى الصفراوى) والخراج لا ينفتح على الدوام في جزء البطن المرفوع أسفل الحويصلة الصفراوية بل كثيرا ما يكون انفجاره بعيدا عن ذلك بعد تكون قنوات ناصورية في جدر البطن وبشدر أن يلتصق الناسور عقب خروج حصة صفراوية أو جولة منها حالابل الغالب استقراره زمنا طويلا وطول الحياة فيسيل منه على الدوام مادة صفراوية وان كانت القناة المرارية منسددة يخرج منه سائل صاف

واما التهاب القنوات الناقلة للصفراء وتقرحها بواسطة التجمعات الحصىوية فانه يسبق باعراض المفاصل الحصىوية الصفراوى الا أن ذلك لا ينتهى بالمخاط وراحة تامين بل يخفف ذلك آلام في قسم الكبد وزيادة حساسية عند الضغط وينضم لذلك رقان شديد وغير ذلك من اعراض الاحتباس الصفراوى العظيم اذا استمر احتباس التجمعات الحصىوية في القناة الصفراوية ونتج عن ذلك التهاب فيها وبالجملة فقد يحصل في مثل هذه الحالة تثقب في القناة المذكورة والتهاب يرتوى تابعى (كما شاهدنا اندرال) لكن الغالب ان يكون هلاك المرمى بتناجج احتباس الصفراء المستمر مع اعراض التهيؤ المعروفة بالتسمم الصفراوى للدم

(المعالجة)

ينبغي الاجتهاد في حفظ المرضى الذين اعتراهم نوب متكررة من المفص
 الحصى الصفراوي ووقايتهم من تردد نوب جديدة أو غيرها من نتائج
 الحصوات الصفراوية وكلما كثرت نوب هذا المفص وانضم لنا من كثرة
 زوايا الحصوات الصفراوية المنقذة وأصطبها أنه ولا بد من أن يوجد منها عدد
 عظيم في الحويصلة الصفراوية كما كان الاقلام بالوسائط العصبية
 والعلاجية التي يتعشم فيها وقاية المرضى عظيمار قد دلت التجارب على أنه
 باستعمال مباد (كرلس باد) كثيرا ما تنقذ كمية عظيمة من الحصوات
 الصفراوية مع مكابدات قليلة في الغالب وعين ذلك يقال بالنسبة لاستعمال
 غير تلك المياه من المياه المعدنية السكيرة القلوية كماء ويشي وماريه باد
 وأمس ونحو ذلك ولا يمكن توجب هذا التأثير الجيد بكمية شافية ولا القول
 مع التأكيد بان كان تأثيرها ناتجا عن ازدياد المصراة ورقمها بسبب كثرة
 الشراب من تلك المياه وعن ازدياد وتنبيه الحركات الديدانية المعوية المستندة
 الى الحويصلة المرارية بحيث أنه يسهل انقذاف تلك الحصوات بهذا التأثير
 المزدوج أو بأنه يسهل انحلال تلك الحصوات وقتئذ بواسطه كثرة دخول
 المواد القلوية في الجسم أو بأنه يمتنع أو يتعذر تكوين حصوات جديدة
 بواسطة القلويات ودخولها في الدم وليس من البعيد عن العقل القول
 بانحلال الكولسترين بواسطة دخول كمية عظيمة من الاملاح الصفراوية
 القلوية

وزيادة على ذلك فمن المشهور جدا في معالجة المفص الحصى الناتج من
 الحصوات الصفراوية الواسطة العلاجية للطبيب (ديوران) وهي عبارة
 عن مخلوط مركب من الاتير ١٥ جراما (أعنى ثلاثة دراهم) وزيت
 الترميتينا ١٠ جرام (أعنى درهمين) ويعطى من هذا المخلوط من ١٥ الى ٢٠
 نقطة في سواغ غروى ثلاث مرات كل يوم الى أن يصير تعاطى نحو النملانة
 ونخسين جراما (أعنى رطلا) من هذا المخلوط غير ان هذه الواسطة العلاجية
 يعسر على المعدة تحملها زمانا طويلا وكون الاتير وزيت الترميتينا يخلان
 الحصوات الصفراوية عند وضعها فيهما لا يترقب عليه التعشم بأن هذين
 الجوهرين بوصولهما الى المعدة يصلان الى الحويصلة الصفراوية ويخلان

التي كانت التجربة المتجربة فيها ولذا ان الواسطة العلاجية (لهيورايد) ان كان لها تأثير جيد في الحصوات المرارية والتغيرات المرضية التابعة لها كما يوصى بذلك كثير من الاطباء المشهورين والمعتقد على قولهم فلا بد وان يكون - صول ذلك بكيفية أخرى غير معلومة لنا

والله ورحم بكم في معالجة الخصر الحصى المراري والمعتقد عليه هو استعمال الافيون مع الاقدام فتعطى صبغة الافيون البسيطة بقدر عشر قط او المرفين بقدر شتيرام واحد في كل ساعة أو ساعتين ويكرر ذلك مرتين أو ثلاثة الى ان يحصل خدر خفيف واسرع من ذلك وأقوى منه في تسكين الآلام الحقن تحت الجلد بالمرفين بل وفي بعض الاحوال الشديدة جدا قد اوصى باستنشاق الكلوروفورم مع الاحتباس الى ان يحصل تأثير المرفين ومن الوسائل العلاجية المساعدة الضمادات الفاترة على البطن والحمامات الفاترة والكلورال الايدراقي لاجل احداث النوم واتى المستعصى ينبغي مضادته بماء الصودا وفتح الجليد أو الشبانيا أو بالحقن تحت الجلد بالمرفين في حقرة المعدة وان استطلت ثوب الالم وازدادت الحمى وصار قسم الكبد شديد الحساسية عند الضغط وجب اوسال عدد عظيم من الملق على هذا القسم ووضع مثانات ممثلة بالجليد والتسلك بمعالجة كالتى تفعل في الالتهاب البريتوني المحدود

ولا يندر أن يصير الخطاط المرضى عظيم الجدا بحيث يلجئ الحال لاستعمال المعينات مع الجواهر المسكنة للآلام كالنيبيذ والقهوة وأما استعمال المقيحات والمسيلات في أثناء التوبة فانه يزيد في الآلام وينبغي التوقى من استعمالها سيما انه ليس خاليا عن الخطر وأما عقب زوال التوبة فلا بأس باستعمال مسهل لطيف سيما ان كان التبرز عقب التوبة قليلا وذلك لاجل سرعة انقضاء التجمعات الحصى الموجودة في الملى مع البحث الجليد عن المواد البرازية ان كان في التضيض بعض تغيب

وأما معالجة التهاب المسالك الصغرى وقرحها الناشئ عن الحصوات الصغرى فلا بد لنا من الاقتصار فيه على معالجة عرضية حيث لا قدرة لنا على ازالة السبب المستمر التأثير فينبغى المبادرة بفتح الخراجات المتقوجة

في جسد البطن ومعالجة التواء امير التابعة لذلك طبقا لما استدعيه قواعد
الجراحة وأما التعداد المعنى بمصوات صفراء وبنية عظيمة فينبغي فيه استعمال
الوسائط السابق ذكرها والمقص الشديدي استدعي استعمال المخدرات

• (في أمراض الطحال) •

• (المبحث الاول) •

• (في احتقان الطحال ونموه المعروف بورم الطحال الحاد) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

ازدياد حجم الطحال هو العرض الاكبر في المهم لا غلب أمراض هذا
العضو لا العرض الذي نحن بصدد فقط وسهولة اتفاخ الطحال لالتعلق
بكثرة أوعيته فقط بل على الخصوص بتأليفه وتركيبه الخاص به أعني
بسهولة تمدد محفظته وجوهرها اللينى الاصلى المتكون من منسوج خلوى
ذى الياف مرنة والى اى عضلية قليلة لمسامير يوجد مسافات خالية في سلة
الوعائية سواء كانت تلك المسافات عبارة عن مسافات حقيقية خالية بين
الأوعية أو عن قعدات كهفية في الأوعية الشعرية الوردية في صالكها
الدموية المتخلقة علما تاما وكان الطحال بواسطة حقيقته بالماء أو نفخة (كما قاله
ذلك) يتدد تمددا عظيما كذلك يتزايد حجمه ازديادا عظيما في أثناء الحياة بازدياد
متصله الدموى أو أخيلته اللينى فى زمن قصير بل قد يشاهد تغير واضح في
حجمه في الحدود العصبية الطبيعية سيما اتفاخه بعد قليل من الساعات من
تعالى الأطعمة أعني في الزمن الذى فيه تتأثر العناصر الغذائية
المنهضة مع الدم وتختلط به ومن المعالوم تناقص حجم الطحال أيضا وصغره
في قليل من الدقائق باستعمال مقدار عظيم من الكينين

ثم ان ما يقال عموما بالنسبة لأمراض الطحال أعني من كون أغلبها عرضيا
لمرض آخر وانما تنفج عن أمراض أولية أخرى يقال على الخصوص بالنسبة
لاحتقان هذا العضو وينبغى تمييزه ككل من احتقان الطحال كاحتقان غيره
من الاعضاء وهما الاحتقان التوردي والاحتسابى

أما الاحتقان التوردي فانه ينشأ عنه ورم الطحال في الأمراض التسممية
الاتشارية الحادة كالتيغوس والحيات المتقطعة والتسمم العفن من الدم

والحمى النفاسية والتيفوس الطعني والحيات التيفوسية ذات النكسة
والحيات الطعنية الحادة وطبقا لمشاهدات (ويل) يحصل ورم في الطحال
كمرض من امراض الداء الزهري ولوقى قليل من الاحوال والمعالجة
المضادة للداء الزهري كما تزيله تزيل أيضا ورم الطحال

وكذا طبقا للمشاهدات التي أجراها (فريدرايش) يحصل ورم حاد في الطحال
في أحوال الدفترية الحلقية والحرة لوجهية وبعض اشكال من الذئبة
الورنية والرسكام الحاد ولا سيما الالتهاب الرئوي وارتكن هذا
المؤلف على ذلك في رأيه القائل بان هذا المرض الاخرى بمن طبيعة تسممية
انتشارية في بعض الاحوال وليس من المعلوم لانع التاكيد ان كان
توارد الدم المتزايد نحو الطحال في الامراض التسممية فانما من استرخاء جواهر
هذا العضو بالتأثير الاواسطي لدم التسمم او عن حالة تثلية في العناصر
العضلية من الجدر الوعائية ومن الجوهر الشبكي الخلالي أعني من اضطراب
عصبى في الطحال وأما تفاخه في الحيات المنقطعة فقد وجد بالاضطراب
العظيم للدورة الذي يحصل في دائرة الجسم في اثنا تطور القشرة ويزداد
امتلاء الاضلاع الباطنة بالدم ولا سيما الطحال القليل المقاومة عقب تناقص
الدم الخارجى من الجسم لكونه هنا ما يلائم على ان هذا الامر قليل الاهمية
وهو ان عظم استناخ الطحال لا يكون بنسبة شدة تطور القشرة وان
الطحال يستقر اتفاخه في دور الحرارة وقد يكون الاحتقان التواردى نتيجة
اضطراب الخيض بطريقة سباتوية وبالجملة قد يحصل هذا الاحتقان
في الطحال في احوال جروح هذا العضو والتهاباته وولادات الجديدة
واوضح شكل من هذا الاحتقان يشاهد في احوال السدد الدموية لهذا
العضو

وأما الاحتقان الاحتسابى للطحال فانه ينشأ غالبا عن تضائق او انسداد
في الوريد الباب كما ينشأ ذلك في كثير من امراض الكبد كالسيروز والتهاب
الوريد الباب وغيرهما من الامراض وحيث ان أغلب الاستقانات الوريدية
البوافية الاحتسابية تكون ذات مدة طويلة لا بد وان يشاهد بجوار
الاحتقان الطحال تغيرات اخرى في جوهر هذا العضو مستدكر في المبحث

الآتي

وأقل من ذلك مشاهدة واضحا احتقانات الطحال الاحتباسية التي
تصاب أمراض القلب والرئتين العائقة لاستقرار غ دم الواردة الأجوقية
ويمتد تأثيرها المذكو وبعيدا عن أوعية الكبد إلى أوعية الطحال
(الصفات التشريحية) *

الطحال المحتقن يوجد دائما أعظم بهما وثقلا من الطحال السليم ما عدا
الاحوال الاستثنائية التي فيها تكون مخنطة هذا العضو متكاثفة فاقدة
لمرونتها فوجد فيها الطحال المحتقن متزايد الحجم وكل من تزايد الحجم والثقل
يكون نازعا قليلا وتارة عظيما جدا بحيث أن حجم هذا العضو وثقله يزيدان عن
حاله ما الطبيعي بأربع مرات أو ست والطحال عند الشخص السليم البالغ
يكون طوله في الحد المتوسط من ٤ قراريط إلى ٥ وعرضه من ٣ إلى ٤ وسماكته
من قراريط إلى قراريط ونصف وثقله ٢٠٠ جرام إلى ٢٥٠ والطحال المتزايد
بواسطة الاحتقان يكون حافظا لشكله ومخنطته تكون متورمة مسطحة غالبا
وإنما في الاحوال التي فيها يكون قد زال استفاخ هذا العضو تكون متكدرة
متينة وقوام الطحال متناقصا وذلك يحصل أيضا في أحوال استفاخ الطحال
الناجم عن أمراض آجاسية ما دام هذا الاستفاخ حديثا ولم يحصل في جوفه
هذا العضو تغيرات أخرى. تذكر فيمياساتى والطحال المنتفخ يكون في جثة
الأشخاص الهالكين بالتيفوس أو الحى النفاسية أو التسمم الفسف من الدم
رخوا جدا حتى أن جوفه عند شقه يظهر مجعينا ومع ذلك يبقى عند الحسك
على تماسك هذا العضو المحتقن اعتبار سرعة تعفن الجثة في مثل هذه
الاحوال ولأن الطحال يكون أكثر دكئة كلما كان الاحتقان حديثا وعظيم
الدرجة وفي الاحوال الحديثة جدا المرتقى فيها الاحتقان إلى أعلى درجة
يكسب جوفه الطحال هيئة جلطة دموية حمراء مسودة ثم يصير فيما بعد حمرا
أو بنفسجيا اختلاطه بمواد بيجية تبيسة وفي بعض الاحوال تظهر الجسيمات
المليجية المنتفخة النامية على سطح شق هذا العضو على هيئة نويات باهتة
شبيهة بالدرن

وبالبحث الميكروسكوبي لا يوجد على نحو من العناصر القرينية سوى ازدياد

واضح في الاخلية الطبيعية للمادة البنية من الطحال وكرات دموية عديدة
يبحث لاحاجة النسبة استفاخ الطحال الذي نحن بصدده لتغير ما التهابي
أو تنقي فيظهر حينئذ ان الورم الحاد من الطحال ينشأ ما عن زيادة المتحصل
الدموي لهذا العضو وارتشاح جوهه بمادة مصلية فقط أو مع ذلك عن
ازدياد الاخلية البنية في ازدياد وقتها ومع هذا فقد ذكر بعض المؤلفين
الذين يقولون بأن جرثومة الامراض السمية الانتشارية الحادة هي جسميات
آتية وينتشر ان تلك الجرثومة الطفيلية تكون متراكمة بعد عظيم في الطحال
وفي المادة العضوية لاخلية جوهه الي

ثم ان ازدياد المادة البنية من الطحال تتغير فلا تعرف عند استقرار احتقان
هذا العضو زمانا طويلا فان هيئة الطحال وقوامه حينئذ يتغيران تغيرا
عظيما ويبقى هذا العضو مترايدا في الحجم على الدوام فتنشأ حالة تعرف بالورم
المزمن من الطحال أو ضخامته وتستد كفي البحث اللاحق
(الاعراض والسير) *

الاستفاخ الاحتقاني من الطحال يكاد يظهر على الدوام بدون أن تشتملك
المرضى بالآلام ذاتية أو احساسات متعبة ومع ذلك فالضغط على المراق الايسر
قد يحدث تألما عندهم وهذه الملاحظة تطابق التجارب المعالومة من ان تعدد
الاعضاء القليلة المقاومة جدا تكون قليلة الالم بخلاف وتر الاغشية
أو الاربطة أو نحو ذلك من الاجزاء التي يسهل تمددها فانه ينتج عنها ألم شديد
فان اشتكت المرضى في أثناء سير الحيات المتقطعة أو التيفوس أو نحو ذلك
من الاحوال المرضية بالفي قسم الطحال دل ذلك على ان الملاحظة الطحالية
قد اعتراها تكاثف وتغيران مرضية سابقة وصارت غير مرنة أو على
وجود تغيرات النهاية اعترت الطحال أو محققته قد ظهرت في أثناء سير تلك
الامراض

وفي معظم الاحوال تفقد الظواهر المرضية المحسوسة للمريض التي يمكن
نسبها مع التأكد لاحتقان الطحال لا لمرض الاصل فاحتقان الطحال
كان لا يعرف ولا يذرك لولا معرفة الطبيب بوجوده غالبا أو دائما في احوال
مرضيه معالومة وانه في كل حالة تراهنه يبحث بالبلس والقرع فيها حتى يشت

هل هو موجود حقيقة أم لا

واحتقان الطحال الذي يظهر في أثناء سير الامراض التسممية يزول عادة بعد انتهاء سير المرض الأصلي ولا يخلفه تفسير جوهري مافي هذا العضو ويختلف الحال بالنسبة لاحتقان الطحال الذي يصاحب الحيات المتقطعة واحتقانات قواردية او احتياسية أخرى فيما اذا استقر هذا الاحتقان زمنا طويلا باسقرار تأثير التغيرات المرضية التي أحدثته وسند كرفي المبحث الآتي ان خضامة الطحال تكون نتيجة ملازمة لاحتقاناته المستقرة زمنا طويلا ومن المأدب ان يؤدي احتقان الطحال الى الهلالت لماعدا الاحوال التي فيها يترق هذا العضو وهذا العارض قد شوهد طرقه في بعض أحوال الحيات المتقطعة والتيفوس والتيفويد الهيمضي وحصول الموت اذ الذي يكون في الحال بامراض النزيف الباطني عقب تترق الطحال او بعد جولة ساعات او أيام وانذار احتقان الطحال لا يتعلق به بل بالمرض الأصلي المصاحب حوله واستفاح هذا العضو وان كان له غالباً أهمية في الطب العملي فاذك الامن حتمية التشخيص انمن المعالوم ان تشخيص كثير من الامراض التسممية لاسيما التيفوس يرتكن فيه غالباً الى وجود تعدد الطحال أو عدمه وأما البحث الطبيعى فهو الذى يستدل منه بالا كنه على احتقان الطحال ولتذكر قبل شرح العلامات الطبيعية لاستفاح الطحال الاحتقان بعض كجملات على التشخيص الطبيعى لامراض الطحال عموما فنقول ان الطحال الذى يوازى في الحالة الطبيعية بقطره المستطيل كلال من سير الضلع التاسع والعاشر من الجهة اليسرى يكون موضوعاً بثلاثة العالوى المقدم في تغبير الحجاب الحاجز ومغطى بالحافة السفلى من الرئة اليسرى بحيث ان الذى يمكن العثور عليه بالقرع هما الثلثان السفليان الخلفيان من هذا العضو ولكن هذا الجزء من الطحال لا يمكن تحديده بحيطه بالقرع تحديدا تاما وذلك لان الصوت الاصم الخلقى من الطحال في هذا الجزء يختلط في جزء من احتداده بالصوت الاصم للكلية اليسرى بحيث ان الذى يمكن تحديده بالقرع تحديدا تاما هو الثلث السفلى فقط وأما الطرف السفلى المقدم من الطحال فيكون موضوعاً عادة خلف الطرف المقدم من الضلع الحادى

عشر وأعلى منه بقليل ولذا يقال عادة أن الطحال متزايد في الحجم متى كانت
الاصحية المقدمة من الطحال مجاوزة لخط يتوهم امتدادا من قبة الضلع
الحادي عشر إلى المفضل القصي الترقوى اليسارى لكن الحد المقدم لاصحية
الطحال يكاد لا يصل عند بعض الأشخاص إلى الخط الأبطى اليسارى فبعض
الاطباء الغير المتمرنين لا يجدونها بالقرع وذلك لأنهم يحشون عنها نحو الامام
والاجود عند البحث عن الطحال بالقرع أن يوضع المريض مائلا إلى اليمين
قليلا ثم يتبدأ بالبحث عن القطر العمودى لاصحية هذا العضو في الخط
الأبطى وقد يديه وهذا القطر يختلف امتداده في الحالة الطبيعية فقد
يكون صغيرا جدا يكاد لا يقاس وقد يكون امتدادا من ٥ سنتيمترات إلى ٦
ويكثر الطبيب في الغالب على الحد العلوى من اصحية الطحال حذاء اندغام
الضلع الثامن وأعلى من ذلك عندما يكون الطحال متزايدا في الحجم ويبغى
تعيين هذا الحد بتداعفه من النادر أن يعرض عسر في ذلك وبالجمله فالقاعدة
المتبعة هو تعيين حدود الطحال على الخوام في الحال التى يتيسر لها فيها ذلك
بسهولة اذ بذلك يسهل علينا تعيين الحدود الاخرى وكثيرا ما لا يتضح وقتها
بالقرع على الطحال بوجود تمدد في هذا العضو او عدمه وذلك في الاحوال
التي يكون فيها استساخه قليلا جدا وازدياد أقطار اصحيته قليلا وكذا
في الاحوال التى فيها يكون مضطرب من المعدة أو من القولون المتقدين
تمددا طبليا بحيث انه مع عظم حجمه تظهر اصحيته متناقصة أو زائدة بالكلية
وكذا في الاحوال التى فيها يكون الطحال مضطربا عن الاحتشاء المتخربة
على هوامها الاعضاء الخالبة عنه كالمعدة الممتلئة بالمطعومات والقولون
الممتلئ بمواد ثقيلة والقص اليسارى من الكبد المتزايد في الحجم ونحو ذلك
واصحية الطحال تغير موضعها كاصحية الكبد في أثناء التنفس بحيث
انها تنزح الى اسفل في مدة الشهيق وتعود الى اعلى في أثناء
الزفير التام بهذا القدر ايضا وعند الوضع على الجهة اليمنى تصبح اصحية
الطحال أكثر غورا واقل امتدادا ولذا كان من الجيد البحث عن المريض
في اوضاع مختلفة حتى يمكن التصديق من تناقص اصحية الكبد وازديادها
مع ملاحظة تعيين حد اصحية هذا العضو في كل وضع

و بالجس يمكن بسهولة معرفة ورم الطحال المجاوز لحافة الاضلاع من الاسفل
وتمييزه عن غيره من الاورام ويندر أن يتسدورم الطحال الحاد الذي يقن
بصدده الى تجويف البطن وغاية ما هنا انه يحس به عند التنفس العميق
جدا والبحث بالجس له أهمية عظيمة في تشخيص ورم الطحال المزمن الآتي
بيانه في المبحث الثاني

• (المعالجة) •

احتقان الطحال يندر أن يكون موضوعا لمعالجة لا واسطة فانه يشفاء المرض
الاصلي يكاد يزول على الدوام استفاخ الطحال بدون مدخل للصناعة وان بقي
استفاخ الطحال الحاد في أحوال استثنائية وكان قائما بنفسه كما يشاهد ذلك
عقب بعض الهيمات الايجابية وجب استعمال الكينين بمقدار عظيم
أو الكينويدين الذي هو أقل غمما فانهما واسطتان نوعيتان أكيدتا التأثير
اذمن المعلوم انه بعد تعاطي محلول الكينين بقدر جوارم يحصل ولا بد تناقص
في أوعية الطحال بعد عشرة دقائق ويحصل كذلك تناقص في الطحال المنتفخ
بجملته من السفيتيرات في أثناء استعمال القشيشل البارد طبقا لملاحظات
فلوري وقد شاهد مسار انقباضات واضحة في الطحال عند ملاسته
للماء البارد ملاسة لا واسطة وشوهد هذا التأثير ولو بدرجة قليلة بوضع
الماء البارد على الطحال من خلال الجدر البطنية وهو اقوى عقب استعمال
القشيشل البارد عند وضع المكدمات الباردة أو الاكام الجليدية على
قسم الطحال ومع ذلك فهذه التأثير أقل ولا بد من تأثير الكينين المحدث
لانقباضات في الطحال وعلى كل حال فننضم استعمال الماء البارد سواء
كان على شكل الحمام البارد أو المثانات الجليدية أو القشيشل البارد
لاستعمال الكينين في آن واحد في معالجة ورم الطحال الحاد والمزمن فان
ذلك النجس واتم من استعمال هذه الواسطة الاخيرة على حديثها واما قوة تأثير
السكر باتية في اورام الطحال المستمرة فمناطو يلابي الشفا عظمى بنا كدمنها
بالكلية

• (المبحث الثاني) •

• (في ضخامة الطحال المعروفة بالورم المزمن الطحال) •

*) (كيفية الظهور والاسباب)

الاحوال المرضية الموجبة لضمامة الطحال لا تعتبر كالاشكلال المختلفة من اشكال الطحال المذكورة في البحث السابق تغيرات مرضية ابتدائية ذاتية بل تعتبر نتيجة عرضية لتغيرات مرضية متنوعة فينتدفع الطيب عن التغير المرضي الاصلى المحدث لضمامة الطحال هو الغاية الشخصية التي ينبغي التأكد منها ومن المعلوم ان بعضا من الاسباب الاصلية المؤدية لاحتقان الطحال يحدث أيضا ضامة في هذا العضو وذلك فيما اذا صارت تلك الاسباب المرضية الاصلية مرضنة ولذا فوجد أورام طحالية مرضنة تعتبر درجة متقدمة من الاورام الطحالية الحادة الواصلة لحالة الضامة وأكثر اشكال الاحتقان التواردي للطحال الذي يؤدي في الغالب لضمامة هذا العضو هو الاحتقان الذي يكون مرتبطا بالتسمم الاجامى ولذا نشاهد الاورام المرضنة من الطحال ليس فيما اذا كان التسمم الاجامى يسير بصفة الجذبات المتقطعة ذات النكسات العديدة فقط بل كذلك فيما اذا نتج عن تأثير هذا التسمم حيات متردة أو نمومة مرضنة بدون أدنى نوب حية فانه في الحال المتسلطنة فيها التصاعدات الاجامية تسلطنا وطنيا يوجد عدد عظيم من الاشخاص معتريهم ورم الطحال المزمن العنيم الحجم جدا

ومن النادر جدا أنه يستقر استتخ الطحال على شكل ورم مزمن في هذا العضو عقب امراض تسمية انتشارية أخرى كالتيفوس والجنتيفوسية ذات النكسة والداء الزهري البني وقد تؤدي الاحتقانات الاحتباسية للطحال الناتجة عن عوائق دورية الى ضامة مستقرة في هذا العضو وذلك يقال على الخصوص بالنسبة للاحتقان الاحتباسي في هذا العضو المتعلق بمرض في الكبد أو في الوريد الباب أو المتعلق بمرض مزمن في القلب أو في الرئتين وهذا أتد من السابق وجميع أورام الطحال المرضنة المذكورة (ماعدا الناتجة عن التسمم الاجامى) فصل عادة الى حجم متوسط وأما ورم الطحال المزمن الذي يصاحب البكيميا الهادق والكاذب فنبذ كعند شرح هذين المرضين في آخر هذا الفصل

• (الصفات التشريحية) •

الأورام الطحالية المزمنة السابقة الذك تختلف صفاتها على حسب كون العناصر المتزايدة من الجوهر الالبي للطحال أو الجوهر الخلوي أي الضام لعناصره أو كون التزايد فيها معاً على حد سواء ففي الحالة الأولى أعني عند تزايد أخلية الطحال وكثرة تراكمها يكون قوام هذا العضو قليل التزايد وسطح شقه يظهر لونه اعتيادياً إما أحمر فاتحاً أو أحمر داكاً بحسب درجة كثرة الدم فيه وقلته وإما تزايد حجمه ووزنه فقد يكون عظيماً جداً لا سيما نوع ورم الطحال الليمفي الذي هو من هذا القبيل فإنه يمكن أن يصل إلى حجم ووزن عظيمين جداً (فيكون طوله من ٢٠ إلى ٣٠ سنتيمتراً ووزنه من ٦ أرطال إلى ١٢ رطلاً)

وأما في أحوال تضامة الجوهر الضام الخلوي فإن قوام هذا العضو يكون متزايداً جداً ملياً ويظهر الجوهر الالبي التبيس على سطح الشق ذاتية لجهة عضلية ويمتد فيه الجوهر الخلوي على هيئة حواجز مبيضة متكاثفة ونوع تضامة الطحال الناشئة عن التسمم الآجاعي تظهر غالباً لوناً أبيضاً سنجياً أو تريباً بل مسوداً عقب تراكم أخلية بجمتية في جوهر هذا العضو تكون قارة سائبة وقارة منحصرة في أخلية وسنذكر ذلك عند شرح الميلانمي ومحفظة الطحال الواقعة في التضامة تكون متكاثفة متبيسة بسبب ما يعتري غشائه المصلي من الالتهاب الخفي ولا يندر التصاقها بما جاورها من الأعضاء وقد يوجد في أورام الطحال التي من هذا القبيل بورات دموية اسفينية الشكل مطابقة لما سيذكر في مجت السدد الدموية المتكيسة لهذا العضو

• (الاعراض والسير) •

قد استنتج من بعض الأحوال أن تضامة الطحال قد تستقر زماناً طويلاً بدون اضطراب عظيم في الصحة العامة عقب انقضاء التغير المرضي الآجاعي الأصلي التي نتجت هي عنه ومثل هذه الأحوال يستدل منها على أن الطحال المتزايد في الحجم يمكن أن يظل وظيفته أو أن غيره من الأعضاء يعمل محله والذي يرتكز اليه في القول الأخير هو الأمر المعاكس من أن بعض الكلاب الذي

استرسل الطحال منه قديمتي زمانا طويلا حافظا لحالة تغذية عامة جيدة
ويتناسل الى غير ذلك ومع هذا ففي معظم الاجوال تشاهد اضطرابات
بنسبة عامة مهمة عند وجود التضخمة الطحالية المذكورة ولو أن تلك
الاضطرابات يمكن نسبتها بدون واسطة للمرض الاصلى الذى نشأ عن ورم
الطحال لكن لا ينكر أن دراسة تلك الاضطرابات العامة تتعلق ولا بد بعظم
ورم الطحال وطول مكثه فان معظم المرضى المعتر بهم ورم عظيم فى الطحال
من منذ زمن طويل يظهر فى حالة انيميا فاقدين لقواهم ويكتسب الجلد
عندهم لونا أصفر شمعيا اودا كما عند الأشخاص السمر (المعروفة بهيئة
التحلل) وكل من الشفتين والاعشى المتأطية يظهر بها تخاليا عن الدم
ويوجد عندهم ضيق فى النفس بسبب التناقص العظيم فى كرات الدم الحمراء
بحيث يحصل عندهم ضيق فى النفس عند الاحتياج لمرعة التنفس عقب
المجهودات الجسمية وكذا التغذية جدر الاوعية الشعرية قد يعتريها تغير عقب
فقر الدم يحصل فيها هشاشة مرضية ويسهل تمزقها وخروج الدم منها أعنى
سوء القنية الدموى فتطرا أنزفة شعرية بدون أسباب مذكورة لاسيما النزيف
الاثنى أى الرعاف والنزيف الجلىدى اى النفس وليس للقول المعلوم من ان
الرعاف عند المصابين بأمراض فى الطحال يحصل من طاقة الاتف اليسرى
ادنى صحة والانزفة المعدية والمعوية أن ظهرت ينبغى الالتفات الى كونها
لا تحصل قط من سوء القنية الدموى بل من احتباس دموى جفائيكى فى الوريد
الباب متعلق بالمرض الاصلى وكل من الانيميا والايديميا يرتقى فى الدرجة متى
تقدم هذا المرض الى أن يظهر سوء القنية الاتف فاقى فتحصل الازديا
فى الاطراف السفلى ابتداء ثم الاتفقاء الجسمى فى الاحوال الثقيلة

والبحث الطبيعى يستدل منه فى احوال أورام الطحال المزمنة على علامات
تشخيصية اكيدة زيادة عما يستدل منه فى أورام الطحال الحادة فان الاختيرة
بسبب قلة ازدياد حجم الطحال فيها غالبا لا يستدل عليها الا بواسطة القرع
لا يمكن العثور عليها جيد بواسطة الجس بخلاف الاولى فليكون الطحال
فيم اعظم حجمه جندا يكون بارزا اسفل قوس الضلع اليسارى يجرته السفلى
فتكون ولا بد واضحة عند الجس بحيث يكاد لا يشك فى تشخيصها وازيادة

عن ذلك فالطحال الواقع في الضامة لا يتغير شكله تقريبا ويبدو قريبه
العظيم عند الجس تسهل معرفتها الكلية فلا يحسن في كثير من الاحوال
بالطرف السفلى من الطحال الذي يكون مائلا لاتجاهه الى اسفل والانسية
تقو الخط المتوسط من البطن فقط بل يحسن كذلك بطرفه السفلى سيما الحافة
المقدمة الحادة مع الميازيب الموجودة فيه وهذه الميازيب تعظم عند
ما يعظم حجم الطحال وتسير كثيرة الوضوح وعند وجود جلة منها وكان بين كل
اثنين منهما فصوص مستدير وبما تعيب الحال على الطبيب غير المتقرب فيظن
بان هذا الورم اخيرا

والاورام الطحالية العظيمة يمكن أن ينتج عنها تضرب عظيم في الجهة اليسرى
من البطن بقرب الارتفاق العاني من الاسفل الى فوق المسافة الضلعية
السادسة او الثامنة من الاعلى وان انضم اليها الجس الجس بواسطة
القرع وجدان الجزء الممكن الوصول اليه من الطحال بالجس يقابل جزء
آخر أصم عند القرع خلف جسد الاضلاع وهذا الجزء آن يكونان لشكل
يشاوي عظيم وحركات ورم الطحال الناشئة عن حركة الطجاب الخارج
يمكن أن ينتج عنها في بعض الاحوال لغط يحسن ويسفع

وورم الطحال المزمن لا يكون مؤلما مادامت محفظته البريتونية غير ملتهمة بل
و يكون قليل الحساسية عند الضغط عليه ومع ذلك فقد يكون متعبا بشقله
العظيم فيستعذر على المريض النوم على الجهة اليمنى كما انه يارتفاعه الى أعلى
ودفعه الحجاب الحاجز يحدث عسر في التنفس ومعال

• (الحكم على العاقبة والمعالجة) •

الحكم على عاقبة ضامة الطحال يتعلق من جهة بقابلية شفاء المرض
الاصلي ومن هذا القبيل ضامة الطحال الناتجة عن التسمم الالجابي او
الزهرى ومن جهة أخرى يتعلق بعظم الورم وطول مدته فان الاورام المزمنة
العظيمة الحجم جدا من الطحال لا يتعشم بشفاها شفا تاما والتي يتعشم
بشفاها هي الاورام الطحالية الصغيرة الغير المزمنة جدا ومع ذلك فقد ذكر
(عبر جر) انه شاهد شفا تاما في بعض الاحوال التي كان وصل الطحال فيها
الى حجم يفوق عن حجمه الطبيعي بأربع مرات أو ستة بالاقل وكان واصلا الى

السرة تقريبا ومع وجود ورم الطحال واستقراره لا مانع من استقرار الحياة
بعدة سنين

ثم إن شفاء المرض الأصلي الناتج عنه ورم الطحال هو الدلالة الابتدائية
لمعالجة هذا المرض في الأحوال التي فيها يكون ورم الطحال ناتجا عن التسهم
الآتياي ينبغي تغيير محل الإقامة واستعمال المركبات الكينية سيما الكينين
اذ بذلك يحصل على النجاح انما ينبغي للمرضى عدم الرجوع بسرعة الى
الاماكن الآتياية واستعمال المركبات الكينية زمنا طويلا مع الاستقرار
بل وفي أحوال ضخامة الطحال الزمنة جدا يجوز استعمال هذه المركبات
الكينية وفي الأحوال التي فيها لا ينقر الكينين باقراده يحصل على نجاح
عنه بانضمامه الى كبريتورالاتيون الذهبي بمقدار يزداد فيه من مائتين
فشيئا (بأن يعطى من كل منهما من نصف مئة الى ثلاث محبات ثلاث مرات
أو أربع كل يوم كما ذكره جبرجر) وأما ورم الطحال المزمن الناتج عن
الليكميا الحقيقية والكاذبة وعن انسداد الوريد الباب وسيرور الكبد
والأمراض الثقيلة للرئين والقلب فليس للصناعة فيها غالب النجاح
كالأمراض الأصلية المتعلقة بها

ومن المستعمل بكثرة في معالجة الأورام الطعالية المزمنة اليود سيما على
شكل المياه المعدنية اليودية (عند الأشخاص الغير المتقدمين في التهوكة)
ويودور الحديد والحديد الذي له تأثير واضح عند اتضاح ظواهر الانيميا وأما
منقعة ملح التوشادر الحديدى المستعمل بكثرة فبحاجه غير مثبتة والأجود
في الاستعمال والموصى به بكثرة هو استعمال المركبات الكينية والحديدية
في آن واحد والافضل في ذلك استعمال الحديد على شكل مياه الحديد في بعض
البقاع أو الحمامات الحديدية في أثناء التصل بالحديد من السنو عند الأشخاص
الأقوياء يمكن استعمال شرب المياه السودية المحتوية على ملح الطعام أو ملح
جلاوير والاستحمام بها ومن المشهور في ذلك الاستحمام بالمياه القلوية
الحديدية الموجودة في ماريه باد وقرانسباد وتيلس ونحو ذلك
وأما ما يخص المعالجة الموضعية لورم الطحال فقد استتج من تجارب المعلم
(يودكين) انه باستعمال الكهربية يمكن الحصول على تصغير حجمه ولو كان

ورم هذا العضو واصلا بجم عظيم واستعمال الكهر باقية بقصد ذلك يكون
 بتسليط التيار الكهر باقى المتقطع على قسم الطحال فى اتجاهات مختلفة من
 خمس دقائق الى خمس عشرة دقيقة بل امكن معرفة التأثير الكهر باقى
 المنقص لورم الطحال بالبحث بواسطة القرع والمقارنة قبيل تأثيره وبعدده
 وأما الاستعمال الموضى للماء البارد فى انتفاخ الطحال فقد ذكر فى المبحث
 السابق

(المبحث الثالث)

(فى الاستحالة التشوية للطحال المعروفة بالطحال الدهنى)

يراجع بالنسبة لاسباب الاستحالة التشوية وطبيعتها ما ذكرنا مع البيان
 فى مبحث الاستحالة التشوية للكبد معنا للتكرار
 الاستحالة التشوية للطحال تبدأ كما فى غير هذا العضو من الاعضاء من
 الشرايين والاوعية الشعرية الرفيعة ثم تمتد الى العناصر الخلائية
 للحوصلات المليحية واب هذا العضو وقد تكون حوصلات الطحال
 هى المكابدة للاستحالة المرضية بافترادها وتظهر حينئذ فى الطحال
 القليل التزايد فى الحجم على هيئة جسيمات من حجم حب الدخن الى حب
 الذهناج ذات لون سنجابى شفاف شبيهة بالساجو المطبوخ (وهذا هو
 المسمى بالطحال الساجى) وان كانت هذه الاستحالة معترة الطحال بقامه
 اكتسب هذا العضو فى الاحوال المتقدمة الواضحة حجما عظيما جدا
 كما فى احوال الضخامة المذكورة فى المبحث السابق وحينئذ تكون الحفاة
 المقدمة القاطعة من الطحال مستديرة وقوامه يكون يابسا صلبا وسطح
 شقه أملس مستويا ذا لمعان شبيه بلمعان الدهن ولونه داكن أو أحمر قاتئ
 بل أحمر سنجابى والاوعية الطليخالية بكاى أوعية الجسم معتبرة على دم قليل
 الاحمرار مانع

وفى احوال الاستحالة التشوية من الطحال تكون المرضى انما يوبة كثيرا
 ابرقليا وواقعة فى حالة بنوكه ويحصل هنا أيضا كما فى احوال الضخامة
 البسيطة أنزفة من الاتف وكدم واستفاه ومع ذلك فى هذا الشكل
 من ورم الطحال يزداد عسر توجهه تعلق هذه الاعراض باستحالة الطحال

أو علمه فانه في مثل هذه الاحوال يوجد غالبا زيادة عن المرض الاصل
استحالات تشوية في غير هذا العضو من الاعضاء كالكبد والكليتين والمعدة
وغیر ذلك ومثل هذه التغيرات لا ينبغي ولا بد اعتبارها عند الحكم على
امراض النوبة

ثم ان البحث الطبيعى خصوصاً بواسطة الجس يتضح به وجود مرض في
الطحال متفاوت العظم كاذكر في البحث السابق والاستدلال على ان ورم
الطحال ناتج عن الاستحالة التشوية وليس عن خصامة هذا العضو لا يتيسر
الافق الاحوال النادرة التي فيها لا يكون الكبد معتبره الاستحالة التشوية
ايضاً واطعمة فيه علاماتها التي فيها لا يوجد مرض من الامراض الاصلية
التي تنشأ عنها الاستحالة التشوية

وأما ما يقال بالاشابة للحكم على عاقبة الاستحالة التشوية للطحال ومعالجتها
فهو عين ما قيل في مصف الاستحالة التشوية

• (البحث الرابع) •

• (في السدد الدموية للطحال والتهاب)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

السدد الدموية للطحال تحصل فيه أكثر من باقي الاعضاء معاً
الكليتين وهي تنشأ في معظم الاحوال بلا شك عن انسداد بعض الشرايين
الصغيرة بواسطة السدد السيارة الساجحة في الدم وهذه السدد تنشأ غالباً من
القلب الايسر وتكون عبارة عن تكتلات دموية أو قوالب فطرية
صمغية أو بقايا المنسوجات المتقرحة المندفعة بواسطة التيار الدموي فان
من التوادد العظيمة ان لا يوجد في الطحال سدد دموية حديثة أو قديمة
في جنة المالكين بعبوب في الصمامات مع بروزات أو غزق فيها أو في الاعددة
الحمية من القلب ويتدر أن تكون السدد السيارة ناشئة عن أوروزما
الاورطى أو من بورات متتمة رزق في الرتين بعد مرضها من الاوردة
الرتوية والقلب الايسر قبل وصولها الى الاورطى والشريان الطحالي ومن
الجاثر أن يكون ينشوع السدد السيارة من المجموع الوريدي الدائري او
البوابي وحينئذ يشترط أن تكون قد مرت في هذه الحالة من الاوعية

الشعرية الرئوية والكبدية فإنه ليس من المعلوم وجود دورات استقلابية فقط في الرئتين بل وفي الطحال والكليتين وغيرهما من الاعضاء في احوال التسميم السديدي للدم بواسطة تفجحات دائرية كما انه يوجد في احوال الالتهاب الوريدي البوابي تغيرات التهابية ليست فقط في الكبد بل وبعيدا عن هذا العضو

وعلة كون التغيرات الاستقلابية في الطحال وغيره من بعض الاعضاء لا تحصل وتعضي بدون احداث اضطرابات تزول بسهولة كما يحصل ذلك في غير هذا العضو من أعضاء الجسم فوجهه بأن كل فرع من فروع الشريان الطحالي له دائرة توزيع وانتشار مخصوصة بدون أن ينتهي بشبكة وعائية شعرية ويتقحم بغيره من الشرايين المجاورة ففروع الشريان الطحالي عبارة عن انماآت شريانية (كما ذكر مكوهم اين) فالانسداد السدي لاحد الفروع الشريانية يحدث ولا ينفذ الجوهر المتوزع فيه هذا الشريان تراكم دمويا محدودا يعقبه نزيف فيه وهي السدة الدموية وتراجع كفية حصول السدة الدموية منها لكثر ارفعها تقدم

ثم انه يشاهد في الحالة التي فيها لا تؤثر السدة الدموية السبارة السابجة في الطحال او غيرهم من الاعضاء تأثيرا مبنيا كما فقط بل تؤثر كذلك بفواصلها الكيماوية التسممية كالسدة السبارة الناشئة عن تعقدات دموية مفسدة او من بورات حديدية أو فيجية حصول التهاب مغسدي يتبدسرعة الى الاجزاء المحيطة بها بواسطة التهييج الناتج عنها فيؤدي ذلك الى تكون فج او صديد مع فساد جوهري في المنسوج المعبر عنها بالخراجات الاستقلابية

وقد تحصل السدة الدموية في الطحال حصولا استثنائيا في أثناء سير بعض الامراض التي لا تؤدي الا لاحتمالات تابعة في هذا العضو فتوجد هذه السدة الدموية في احوال التسمم الاتجاوي والتيفوس وبعض الامراض الطفحية الحادة وغير ذلك وقد وجد باشكويدي عند قطعه لبعض الفروع العصبية الطحالية سدة دموية في أجزاء هذا العضو الموازية لتلك الاعصاب وفي مثل هذه الاحوال تكون السدة الوعائية الثابتة هي التي احدثت السدة الدموية في الطحال عقب عسر الدورة الموضعية وبطئها

وقد ينشأ الالتهاب الطحالى التالى عقب التهييج الممتد الى هذا العضو من
 تغيرات مرضية مجاورة كسرطان المعدة وقرحتها والنضج البريتونى
 الالتهابى المتكيس انذلك يحصل الالتهاب ابتدا على محفظة الطحال ثم يمتد
 من هذا الى جوهر هذا العضو وأما الطحال فلم يميل قليلا للالتهاب المزاق
 فالالتهاب الطحالى الاولى الناتج عن أسباب غير معلومة يعد من النواذر
 العظيمة بل والمؤثرات الجرحية الواقعة على قسم الطحال تكون مهلكة
 للمرضى يروح الطحال أو تمزقه أو التزيف البطنى أكثر من كونها تصدث
 التهاب الطحال وتقيحه التالى

• (الصفات التشريحية) •

السدد الدموية للطحال تظهر عادة بشكل اسفينى تقريبا قاعدة متجهة نحو
 دائرة الطحال ملاصقة لمحفظة غالبا وقته متجهة نحو فرجة هذا العضو ومن
 هذا الشكل ومن تقعيد السدة الدموية تحفيدا واضحا وامتدادها ينضج
 انها طرية على فرع شريانى وامتداد السدة الدموية الطحالية يختلف
 باختلاف عظم الشريان المصاب وقد لا توجد الاسدة واضحة وقد تعدد
 وتختلط بعضها غالبا والنسوج المتسكب فيه الدم يظهر ذا لون فاقم أو احمر
 مسود متبسا امتد بها وباقى جوهر الطحال يكون محققا احتقاناً
 متفاوت الدرجة والطبقة المصلية المغلفة تكون ملتصقة فى الجزء المجاور
 للسدة الدموية وبعد استقرار هذه البورة الدموية ومناطوية لا يتغير لونها من
 المركز بسبب مكابدة الجوهر اللينى للاستحالة الشحمية واستحالة المادة
 الملوثة للدم الى مادة بايولوجية حبيبية متبلورة وفى الاحوال الجيدة قد
 تنص المادة المائعة فيخلفها ندبة منسدة ليجينية ينتج عنها التبعاج واضح
 فى السطح الظاهر من الطحال وقد يحصل تنكز فى البورة مع استحالة جينية
 أو استحالة كلسمية ناعمة

وأما البورات السديدية الانتهائية للطحال فوجودها نادر (يقطع النظر
 عن التجمعات الصديدية الالتهابية التى ليس لها أهمية كليفية علمية
 علمية بسبب السير السريع القتال من المرض الاصلى) والسدد الدموية
 الطحالية ليس لها ميل عظيم لالتهابها بالتقيح ولذا ان خراجات الطحال

الحقيقية لا تشاهد الا عقب الاصابات الجرحية بندرة وعقب امتداد
 التهيج من مرض مجاور للطحال الى جوهر هذا العضو او انتهاء للالتهاب
 الطحالي غير المعروف السبب في بعض الاحوال والتغيرات الالتهابية التي
 تسبق تكون الخراج في احوال التهاب الطحال التقيحي غير معروفة لنا
 معرفة تامة فقد وجدت خراجات طحالية قديمة متكيسة في جنسوج ابني
 وفي العادة تمتد تلك الخراجات وفي مثل هذه الحالة يمكن أن يتلاشى جميع
 منسوج الطحال الى الحفظة الطحالية فتتدد عدد اعطيا جادا على شكل
 جيب عملي عواديدية ويقتدى بكن أن تمزق محفظة هذا العضو في فصل
 متحصل الخراج الى تجويف البطن أو الى باطن أحد الاعضاء الحشوية ان
 كان غمد الطحال ملتصقا بما حوله قبل التمزق وقد ذكرت احوال فيها
 ان كب خراج الطحال في المصدة والقولون وتجويف البليورا من خلال
 الحجاب الحاجز أو وصل الى الخارج بعد انشقاب جدر البطن
 وفي الاحوال البادرة قد يصهل خراج الطحال عقب ككافة متحصلة
 واسمائه الى مادة طباشيرية أو عقب اختبار محفظته أو استقرأه الى
 الخارج

• (الاعراض والسير) •

السدد العموية الطحالية لا تعرف في كثير من الاحوال الا عند البحث عن
 الحقة فان السدد العموية الصغيرة لا ينتج عنها إعادة ألم ولا ازدياد عدد ك في حجم
 الطحال ومن جهة أخرى توجد احوال فيها يشاهد كلالا العرضين المذكورين
 وهما الألم في قسم الطحال والاستفاح الواضح في هذا العضو لكن الظواهر
 المرضية المصاحبة لذلك في الحالة الراحنة لا تسمح بالتأكد كمدان كانت تلك
 الظواهر ناتجة عن السدة العموية الطحالية أو عن مجرد احتقان الطحال
 وذلك حتى كان المرض الاصل من جملة الامراض التسممية التي يشاهد فيها
 كلالا هذين التغيرين فلا يصل التشخيص الى درجة من التأكد الا
 في الاحوال التي فيها يوجد مجوارا الاعراض المرضية المذكورة مرض أصلي
 ينتج منه غالبا سدة في الشرايين الدائرية فان شوهد مرض مصاب
 بعيب في أحد الصمامات القلبية أو بالتهاب حديث في الغشاء الباطن من

القلب واشتكى هذا المريض بشغل أو ألم في المراق الأيسر يزداد عند الضغط
 وانضم لذلك في وجود عند البحث الطبيعي زائد في حجم الطحال لم يكن
 موجوداً من قبل بقليل وجب تشخيصه بدموية طبعالية والالام تنبع من
 الالتهاب البريتوني الجزئي المضعف لهذه السبلة والتي ظاهرة عرضية
 وعظم الطحال ينتج عن الاحتقان التواردي لهذا العضو ويشتب
 التشخيص تأكيدا عظيما ان وجدت سدد سيارة في أعضاء أخرى
 كالكلبتين والدماغ والشريان المركزي الشبكي والأطراف وأما معرفة
 الخراجات الانتقالية لهذا العضو والمصاحبة للتسمم الصديدي من الدم فقير
 أكيدة فان كلامنا ازدياد حساسية قسم الطحال وانتفاخه اللذين
 يشاهدان في أحوال البيميا فيمكن تسميتهما بالجر داحتمقان هذا العضو
 وأغلب الخراجات الطعالية الذاتية التي شرحت كان سببها كمنافق تعرف
 مدنا الحياة فان كلامنا القشعريرة وحى الدق وتغير لون الصبغة المنوكة
 والتعاقبة السريعة والتظاهر الاستوائية وان دل على مرض ثقيل إلا ان
 طبيعة هذا المرض بقيت غالبا مجهولة وفي الأحوال التي فيها انضم لتلك
 الظواهر آلام في المراق الأيسر وازدياد حجم الطحال جازفها فعمل
 التشخيص مع التقريب وانما في الأحوال النادرة أمكن التشخيص فيما مع
 التأكيد ضد وجود القروح الواضحة بل وفي مثل هذه الأحوال ينبغي لنا التنبيه
 على أن كل بؤرة صديدية في قسم الطحال لا يكون دائما مفتوها هذا العضو
 ثم ان انتقبت محفظة الطحال من الخراج وانسكب متحصلا في تجويف البطن
 ظهرت أعراض الالتهاب البريتوني المنتشر وان كان الانسكاب في مسافة
 متكبسة من تجويف البطن ظهرت أعراض الالتهاب البريتوني المحدود
 وانسكب متحصلا في المعدة والقولون المستعرض واستقرغ الصديد المختلط
 بالدم اما بالتقارب أو بالتبؤوان حصل التشقيب في تجويف البليورا والرئة أو
 الى الخارج شوهت ظواهره شابهة لما ينشأ عن تشقب خراجات الكبد فهو
 هذه الاتجاهات

• (المعالجة) •

الصناعة الطبية ليس لها قدرة على مضاربة السدد الدموية الطعالية والالتهاب

الطحال النقيض فنقتصر على مقاومة الاعراض القوية بواسطة المعالجة
التسكينية فعند وجود آلام شديدة تستعمل الاستقرائات الدوائية
الموضعية ولضخامات وعند وجود التي العرضي تعطى القلويات الكبريتية
أو الفوق كبريتية وان اشتد وصار متعبا استعملت الخدرات والمراجات
ذات الفوج ينبغي فتحها بسرعة مع الاحتراسات التي ذكرت عند فتح خراجات
الكبد

(المبحث الخامس)

(في تدور الطحال وتسرطنه والايكاس الايكينو كوكية)

تدور الطحال يحصل اما حصولا تابعا للدور المخفى على شكل دور دخني
كثير ذي لون سحابي وتارة على شكل الارتشاح الجيني وتدور الاجرية المعوية
والعقد المسارية على شكل نجمعات دورية تدور ان تصل الى عظم القندقة
ومن النادر ان تتلاشى وتكون كهوفا وتدور الطحال لا يمكن معرفته مدة
الحياة ولذا لا يسوغ الكلام على معالجته

وكذا سرطان الطحال يندرم شاهده ويظهر ان شكل السرطان النضائي
هو الوحيد الذي يظهر في هذا العضو وجميع الاحوال التي ذكرت من
سرطان الطحال كان طرؤه ليس أوليا بل انضم لسرطان المعدة أو الكبد
أو العقد الليمفاوية خلف البريتون وقد يكتسب الطحال شكلا ذاتية
بواسطة التولدات السرطانية العظيمة

وحيث ان سرطان الطحال من التوادد العظيمة فعند الاستدلال على اى ورم
طحاى لا نوجه فكرنا الى هذا المرض الا بعد اخراج باقى اورام هذا العضو
فلا يشخص سرطان الطحال الا متى لم يحفظ ورم هذا العضو الشكل الخاص
به وكان يكون التصدبات في سطحه الظاهر وأمكن مع ذلك وجود سرطان في
المعدة أو الكبد

وأما الاورام الايكينو كوكية فيندرم شاهدها في الطحال أيضا بعظم
متفاوت وتكاد تحصل في هذا العضو على الدوام عند وجود ما يماثلها
في الكبد ولا يمكن معرفتها مدة الحياة الا عند وجود بروزات كرية فيها جميع
أوصاف الاورام الايكينو كوكية مع ازدياد حجم الطحال

• (المبحث السادس) •

• (في تصور الطحال واتصاله) •

الطحال كغيره من الاعضاء الحشوية الجوهرية قيسه ميل للتحول وحصول ذلك ليس فقط بنحوه بواسطة الضغط الواقع عليه من الحجاب الحاجز المتدفع الى أسفل اندفاعا غير طبيعي أو بواسطة أورام ضاغطة عليه من الأسفل الى الأعلى أو التجمع الغازي أو الاستسقاء الزقي بل ان هذا العضو في بعض الاحوال يظهر فيه تحول واختلاف وضع غير طبيعيين وذلك لانه لم يكن مثبتا ثلثتا جسيما ياربطه البريتون (وهي الرباط الطحالي الحاجزي والمعدي الطحالي المعلق بهما والرباط القولوني الطحالي المستند به) وعقب استئصال تلك الاربطة استطالة الخفية أو ناتجة عن الجذب العظيم الواقع عليها وفي مثل هذه الاحوال يسقط الطحال الى أسفل في تجويف البطن وذلك يحصل بالاكثر متى اعتدى هذا العضو ازدياد في حجمه ووزنه كورم الطحال المزمن الناتج عن الهبات المتقطعة ومن المستغرب ان جميع أحوال تحول الطحال التي شوهدت تخص بالتساوي بالاذكور وقد ظهر في بعض الاحوال ان اختلاف وضع الطحال نتج عن شدة المشاق الجسمية

ثم انه في الاحوال الخفية يكون الطحال ساقطا الى أسفل ويجاوزا لحافة الاضلاع بقليل بحيث انه يزدون قبعا عند الضغط القليل عليه مع الوضع الاتق للجسم والاحوال المتقدمة من الطحال المنتفيل شرحها (روكنسكي) بالكيفية الاتية وهي ان الطحال يكون موضوعا غالبا في القسم الحرقفي الذي وقد يكون في الجيني منه وتكون فرجته متجهة الى أعلى ومثبتا بعنق متكون من الرباط المعدي الطحالي المنحذب المتباعدة ثنياته عن بعضها والبسكريام والاعوية الطحالية ويكون الطحال مع ذلك ملتويا على محوره العرضي عدة مرات كما يتضح ذلك من التواء العنق المعلق هويه ويظهر ان تلك الالتواءات تبدى بتفرق اتصال في الرباط الحجابي الحاجزي الطحالي وانقلاب هذا العضو الى لمام والطحال المتحول بهذه الكيفية يكاد التصاقات غشائية عديدة مع ما يحيط به من الاجزاء في محل تحول وزيادة عن ذلك تعثره تغيرات تنسب لاضمحلال الاعوية المنجذبة

المتوية فيحصل فيه انكماش أو ضمور ولا يندر أن يتصل المريض تحول
للمدة زمن طويلا بل طول الحياة عقب ضمور هذا العضو لكن هذا
التحول في بعض الاحوال قد يصير فيما بعد قنالا وذلك بواسطة انجذاب
المعدة وعروق الدورة في أوعيتها المنجذبة المتتوية فيحصل في قاعها تنغصروا بعين
على ذلك أيضا تمدد المعدة ناتج عن انجذاب البسكرباس وتحويله الى نحو
الجزء السفلي المستعرض من الاثني عشرى وضغطه على الحبل الوعائى
لذا قد في قرحة الطحال فلا يمر الدم منه

ثم ان تشخيص تحول الطحال ليس فيه أدنى صعوبة فيفقد اصحية الطحال من
محلها وان لم يدل على تحول هذا العضو يزول ولا بد التفتيش والشك عند وجود
ورم في تجويف البطن ينضج فيه بالجس شكل الطحال وتزايد حجمه
والمعالجة في مثل هذه الاحوال ليس فيها ما يرب سوى حفظ هذا العضو برباط
اطنى من الاربطة المرنه وذلك لمنع انجذاب عنقه وحفظه من الحركة وعند
وجود تزايد في حجم هذا العضو تستعمل المعالجة اللاتقة بطبيعة ذلك

• (تذيل لامراض الطحال) •

• (المبحث الاول) •

• (في الكيمياء الحقيقية والكيمياء الكاذبة أى الدم ذى اللون

الابيض وأذى الكرات البيضاء) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

ازدياد الجسيمات الدموية العديمة اللون أو البيضاء ازدياد وقتيا يحصل
في عدة من التغيرات المرضية والمرضية كما يحصل في أثناء الهضم والحل
وبعض الامراض الالتهابية والفقد الدموى العظيم ونحو ذلك لكن
اختلاف حالة الدم المذكورة ونسبة أجزائه لبعضها لا تكون مرضا
فأشأ بنفسه كاختلاف كمية الكرات الحمراء كثرة وقلة بل ان ذلك ينبج عن
أحوال مختلفة

وعكس ذلك ينال بالنسبة للكيمياء فانه في هذا المرض المهم الذى يمكن التعبير
عنه تبعاً للمع لم (ورجوف) بأنه تغير في تركيب جوهر الدم في اعتبرنا هذا
الساثل منسوجا من حلة المنسوجات يحصل تكون مستقر في الجسيمات البيضاء

أو العدية اللون للدم بدلا عن الكرات الدموية المبرصية ههنا الأخيرة
تقتصر وأما الأولى فإن عددها يزداد أو أول من عبر عن الخلايا العدية اللون
الموجودة في دم الأشخاص المصابين بهذا المرض بأنهم أجسامات دموية
يضاء حقيقة هو الملم (ورجوف) الذي اتخذنا معارفه من هذا القليل
أساسا لنشرنا في هذا المرض بخلاف كل من الملم (بويت وشو وقلبو)
فإنهم من قبله اعتبروها أجسامات صديدية وزيادة على ذلك فقد برهن الشهير
(ورجوف) على أن الصفة اليكيمياية يمكن أن تكون متعلقة بتغير في
الطحال كما تكون متعلقة بتغير في الغدد الليفافية ولذا يميز لهذا
المرض شكلان أحدهما الشكل الطحالي والثاني الشكل الليفافي
والتغيرات التي تعترى كلا من الطحال والغدد الليفافية والأجربة
الليفافية عند المصابين باليكيميا عبارة عن ازدياد في العناصر الخسوية
لمكونة لب الطحال أو المائلة لها لآلات الغدد الليفافية وحيث أنه يوجد
الدم في هذا المرض مشحونا بالعناصر الخسوية المذكورة التي ينتج عن
تراكمها في الطحال والغدد الليفافية انتفاخ هذه الأعضاء فمن الواضح
البين أن الاورام اليكيمياية تنشأ عن ازدياد في تكون العناصر الخسوية
لأعن احتياها فها نقط

وقد أجاد الملم (لين) في العصر المستحدث تنبيهه على أن انتفاخ العظمى له
مدخل في تكوين الدم بمعنى أنه ينشأ منه خلايا عدية اللون قابلة للانتفاخ
تطابق بالكلية الجسمات الليفافية لتسهيل تدريجيا لجسمات دموية
حرامو برهن على أنه يوجد زيادة عن الشكين المذكورين من هذا المرض
وهما الشكل الطحالي والليفافي شكل ثالث وهو الشكل الخبيث ولنبينه
الآن على أن هذه الاشكال المختلفة من اليكيميا تكون مرتبطة ببعضها
بجيت يشدد وجود شكل طحالي أو عسدي ليه تفاوى قائم بنفسه والغالب
وجود الشكين كما أن الشكل الخبيث لم يكديشاهد على أفراده الى وقتنا
هذا بل مرتبطة بها

وفي بعض أحوال من هذا المرض التي شرحتها كل من ورجوف وفريدرايش
وبوتشر وموسلر وغيرهم كانت تكون أعضاء أخرى عناصر خلوية ليفافية

في يوران محدود كالكد والكيتين والغشاء الغلي المعوي والبلدور
يجب ان لا يكون الحال منتصرا في مثل هذا الاحوال كما قاله (ورجرف)
على سوء اختلاط لينفاوى فقط بل أيضا على دياتيز لينفاوى اى سوء تنسبة
لينفاوى

ثم ان اسباب الليكيميا غير واضحة لنا ويظهر في بعض الاعضاء ان هذا المرض
متعلق بجسيمات منقطعة من نمة وبالداء الزهري الانبي وموثرات جرحية
كما يكون منه لقاعد التدايا باضطرابات قياسية أو - قضية انكه في أحوال
عديدة لم يتمس الخوقف على - حقيقة السبب الاصل في لهذا المرض ويظهر ان
الحرمات والمثاق الجسمية والعقلية تعين على حصول هذا المرض فان كثرة
أحواله المعروفة هدت عند الفقراء المحرومين وهذا المرض النادر
لحصول يصيب على الخصوص الذكور وتقل مشاهدته عند القساوسة
في كل طور من الحياة لكن أكثر وجوده في الطور المتوسط من الحياة
(الصفات التشريحية) *

نسبة الجسيمات الدموية البيضاء في الدم وهو على طائفة الطبيعية لكراته
الحمر كواحد على ثلثمائة وخمسين بخلاف ما في الليكيميا فان عددا الاولى قد
يتزايد ترابعا عظيما جدا والثانية يتناقص تناقصا عظيما بحيث ان نسبة عدد
الاولى للثانية يكون $\frac{1}{10}$ او $\frac{1}{12}$ بل $\frac{1}{15}$ ولذا لا يرى عندما يكون الدم مكتنبا
لخواصه الطبيعية في بورة الدم وسكوب الاقليل جدا من الكرات
الدملوية البيضاء بخلافه في أحوال الليكيميا فقد يشاهد منها في البورة
المذكورة نحو العشرين بل أزيد والجسيمات الدموية العديدة اللون التي
تشاهد في هذا المرض تماثل بالكلية الجسيمات اللينفاوية لطحال وللمعد
اللينفاوية والتضاع العظيم ولذا تشاهد مثلها اما على هيئة خليات
صغيرة ذات نواة واحدة وهي تكون غالبا أصغر من جسيمات الدم الحمر او
على شكل خليات عظيمة متعددة النويات مماثلة بالكلية الجسيمات
الصديدية ولاولى توجد غالبا في الشكل اللينفاوى من الليكيميا واما الثانية
فانها توجد في الشكل الطحالى من هذا المرض تبعاً لآى ورجرف وحيث انه
يوجد في الغالب اشكال مختلطة من الليكيميا أكثر من وجود الشكل الطحالى

أو لا يتقاربان على انفراد فكذلك يوجد غالباً كل من هذين الشكلين من
الاخلية معاً

وقد استنتج من البحث عن الدم الليكيمي أيضاً أن وزنه النوعي منقطع جداً عن
الدم الطبيعي فإن الدم في الحالة الطبيعية يكون وزنه في الغالب نحو ١٥٥
بخلاف الوزن النوعي للدم الليكيمي فإنه يكون من ١٣٦ الى ١٤٩ وأما
تناقص الوزن النوعي لسائل الدم فإنه يكون أقل وضوحاً واستقراراً في الدم
الليكيمي زناً ذكياً الماء بخلاف أجزاءه السليبة فإنه يتكون من عناصر ولومع
ازدياد الجسيمات الدموية البيضاء وماذا لا من تناقص الجسيمات الدموية
الحمر وتناقصاً عظيماً وهذا الأخير وبذلك الوزن النوعي للجسيمات الدموية
البيضاء يوجه تناقص الوزن النوعي لكتلة الدم بتمامها وأما الماء الزلالية
من الدم ومادته اللبغية وأما لحيته فلا يمكن معرفة تغيرات قارئة فيها وأما
التناقص العظيم لما يحتوي عليه الدم من الحديد فيوجه بقدر الكرات
الدوية الحمر وزيادة على ذلك فالدم الليكيمي تظهر فيه تغيرات كيميائية
مهمة فقد ذكر (سيرر) أنه من جملة الأوصاف الثابتة لدم الليكيمي أن يكون
ذات خواص حمضية (بمخلاف موصل فانه وجد الدم الليكيمي الحديث الخروج
من أوعيته قلوياً) وأثبت أن سبب تلك الخواص الحمضية هو وجود
حوامض عضوية فيه كحمض الفليك والخليلك واللينيك وزيادة على ذلك فانه
وجد في الدم الليكيمي جوهر اشيم أباغراء ولم يكن مماثلاً له بالكلية وكذلك
الاجستين والهيو كاتين واللبسين وحض البوليدين لكن لا ينبغي اعتبار
وجود هذه الجواهر الكيميائية سبباً أصلياً لهذا المرض بل إن ظهور
هذه الأمراض وتكونه تبعاً لورجوف يحصل بالكمية الآتية وهو أن
يحصل في عضو من الأعضاء الليفية إصابة بالتهتم وضخامة في عناصره
الخلائية ومن هذا العضو تمتد التغيرات إلى الدم وهذه التغيرات تكون تارة
كيميائية بأن تحتل بعض العناصر التي كانت موجودة من قبل في السائل
الجوهري لهذا العضو بالدم بكمية عظيمة وتارة تكون هذه التغيرات
تفسيرات في الشكل وذلك بأن تدخل أيضاً عناصر خلوية من هذا العضو
في الدم بكمية عظيمة ويوجد عند فتح جثة الهالكين بالليكميا في القلب سبباً

القسم الايمن منه والوعية العظيمة تعقدات مصفرة او مصفرة مختصرة غالباً
شبيهة بالصديد المتعددة رخوة، هنية كما أنه قد وجد أيضاً في التورع الرقيقة من
الشريان الرئوي والاوردة القلبية واوردة السحايا الدماغية مادة عديدة
اللون شبيهة بالصديد وعدد الجسيمات الدموية البيضاء يختلف باختلاف
اجزاء الجسم المأخوذ الدم منها فيكون عظاماً جداً في الدم المأخوذ من القلب
الايمن والاجوفية والشريان الرئوي وقليل في الدم المأخوذ من القلب الايسر
ووجد عددها في حالة شاهدها يوردي في الدم المأخوذ من الوريد الطحال
متضاعفاً بالتيبة لعددها في الدم المأخوذ من لوريد الودجي

والطحال في أغلب أحوال الليكيميا يوجد متقدداً عند اعطيا جده ان قد يرتقي
وزنه من خمسة اوطال الى سبعة بل الى ثني عشر وطبلاً ومقاومة ورمه
تكون متزايدة ترايداً عظيماً وعند شقه يرى غالباً جوهراً على حالة طبيعية
وأحياناً بدلاً عن كونه أجسراً مزرعاً فيكون مسهماً أو أجسراً فائضاً بالدم
وأحياناً يكون مرصعاً بجسيمات بيضاء عديدة والحواجر الدفينة تكاد تترك
بارة وتارة تكون كثيرة لوضوح ومن النادر أن تكون أجربة الطحال
مقددة متقدداً عظيماً ومقدرة عن لب الطحال الاجرم منها البيضاء وبالبحث
الميكروسكوبي يتضح كاذراً في أحوال ضخامة الطحال السابق ذكرها
الموافقة لها الضخامة الليكيميا موافقة تامّة ان العناصر الطبيعية لهذا
العضو تكون متزايدة ومتراكمة على بعض تراباً قوياً كما قاله (ورجوف)
ومحطة الطحال تكون في غالب الاحوال ممكنة ملتصقة بمحاولها غالباً
وقد وجد في أحوال عديدة زيادة عن ضخامة الطحال بورات سديدة دموية
قدية فيه

ويظهر ان الاصابة الطعالية الليكيميا تبدى بحالة احتقان تواردي في هذا
العضو والغدد الليمفاوية تكون في الشكل الغدي من هذا المرض اوراما
عظيمة جداً لا تتميز بأوصاف مخصوصة عن غيرها من الضخامة البسيطة تلك
العدد بل انها تكون حافظة لشكل هذه لعدد الاصلية وجوهرها طبيعيتين
والغدد الباطنية التي وجدت متفتحة هي على الخصوص الغدد المسارية
والقطنية والخشبية واما الغدد الظاهرة فنادي يشاهد منها متفتحة هي الغدد

العنقية والابطية والاربية وبالجملة قد تشترك جميع غدد الجسم في الاستفاح
وفي الغالب يعزى الطحال الاستفاح أيضا ومع ذلك فقد شاهد ورخوف
حالة ~~كان~~ فيها الطحال حافظا لجمه الطبيعي وقد شاهدنا حالة من هذا
المرض أيضا لم يكن فيها الطحال مدة الحياة تزايد في الحجم وكانت العقدة
الليفافية منتفخة انتفاخا عظيما جدا والغدد الليفافية المنتفخة تكون
رخوة باهتة ذات سطح ظاهري أملس ولعمري شبيه بلعان الماء وطبقتهما
القشرية متمسكة جدا بحيث يحصل فتحها في بعض الاحوال الى نصف قيراط
او ثلاثة ارباع قيراط وتكون هيئتها القاعية مستوية وعند الضغط عليها يسيل
منها سائل مائي عكروزي يات عن الغدد الليفافية قد شهدت أعضاء غددية
أخرى مشتركة في الإصابة في هذا المرض كالاجرية المعوية ولا سيما غدد
بيير والغدة التيموسية والدرقية والوزتين واجرية اللسان والخنجرية والقصبية
الهوائية

وفي معظم أحوال الليكيميا يوجد الكبد متزايدة في الحجم أيضا وقد يكون
قوامه رخوا لكن الغالب أن يكون صلبا صديجا وماذا لا الامن كون أخلية
الكبد يعتمدها الزيادة ناتجة عن تضخمها او كثرة نموها واما بخصوص التغيرات
التي توجد في الشكل التضاعفي العظمي من الليكيميا فقد زعم لين والحق معه
ان إصابة النضاع العظمي وان لم تكن من الظواهر الملازمة لهذا المرض
لابد أن تكون إحدى ظواهره الكثيرة الحصول وقد شاهدنا حالة
من الليكيميا الطعالية مع إصابة في النضاع العظمي وصار فتح الجثة نيم ومع
ذلك لم يشاهد في أثناء الحياة أدنى عرض يدلنا على إصابة النضاع العظمي
ويوجد في هذا الشكل نوعان منتشران في عوم الكتلة التضاعفية العظمية
فيوجد فيهما عناصر خلوية كالتي يشاهد في الدم الليكيمي (بل ويوجد
أشكال أخرى من تلك العناصر الخلائية تقرب من كرات الدم الحمر) وهذه
العناصر الخلائية مثلا القناة المركزية التضاعفية من العظام والهالات
السكائية في اجزائها بحيث يكتب بان العظام هيئة مفردة ومضخة كأنها
صلدية بحيث يميل الطبيب للقول بوجود التهاب عظمي فتعاضى صديدي
منتشر في جميع الهيكل العظمي

ومن المهم ذكره وجود التراكيب المرضية للعناصر الينفاوية في غير الاعضاء
 الينفاوية الحقيقية فان هذا التغير شوهد في بعض الاحوال اذ قد شاهد
 المعلم ورجوف حالتين كان فيهما في جواهر الكبد وحالة أخرى كان فيها في
 جواهر الكليتين يقع مسخنة سنجابية بالضغط عليها يخرج منها مثل مبيض
 منكون من نويات سائبة متراكمة على بعضها وأخيلة صغيرة كادت
 تسكون ممتلئة بنوياتها وهذا التكون المرضي الجديد كان محاطا بغشاء رقيق
 يسهل نزعه من الجواهر المحيط به والظاهر انه كان ناشئا من جذر الاوعية
 أو المسالك الصفراوية وقد شاهد أيضا (فريدرايش) حالة وجد فيها ما يماثل
 ذلك ليس قاصرا على الكبد والكليتين بل في البليورا ايضا والغشاء
 المخاطي المعدي والعروى كما انه قد شوهد في العصر المتأخر مشاهدات
 عديدة من هذا القبيل وجد فيها ارتشاحات خفافية محدودة وعمدة في
 المذوج الخلوي تحت اغشاء المعلى وبين العضلات وفي جواهر الشبكية
 وفوق ذلك ويظهر ان ذلك ناشئ من جهة عن سبب الكرات الدموية البيضاء
 الى محال بعيدة أو من تكون جديد حقيقي من عناصر لينفاوية غدية فقد
 زعم ورجوف أن الكرات البيضاء للدم هي فروع سوء اقنية الليكمي
 وانه بواسطتها يتشرب الجواهر الهدنة لتسقم في هذا المرض فيؤثر في اصفار
 بعيدة عن محل تكونه يمكن التجارب التي فعلها (موسر) بنقل الدم
 الليكمي في حيوانات سليمة لم يحصل منها على طائل وهناك مرض آخر
 مشابه بالكلية لليكميا ويسمى باسمه متعدد يسمى بالليكميا الكاذبة
 وبدايهودجين وبالانتفاخ القددي كما جاء (ترسو) وبالاتيميا الينفاوية
 وبالاورام الينفاوية الخبيثة وهذا المرض الجهول بالكلية بالنسبة لاسبابه
 يشاهد في البالغين والاطفال وفيه توجد جميع التغيرات المدرجة
 والميكروسكوبية في الطحال والغدد الينفاوية كما في الليكميا الحقيقية بدون
 ان يوجد فيه عند البحث عن الدم ازدياد في الجسيمات الدموية البيض للدم
 وأما الكرات الحمراء فتكون ولا بد متناقصة وفي الشكل الليكمي الكاتب
 يوجد كذلك تكونات جديدة لينفاوية في الاغشية المصلبة والكبد والرئتين
 والسرب وفوق ذلك

• (الاعراض والسبب) •

المرضى تشكى عادة في ابتداء هذا المرض بأعراض عصبية انبساطية غير قاررة
كالتعب والضعف عند الاشغال وتغير الشهية والظن وآلام في الرأس وذوادر
وتحولات في أحول أخرى قد يكون انتفاخ البطن والاحساس بالضغط
والآلام في المراق الأيسر وغيره من علامات تعدد الطحال هي الاعراض
الابتدائية للكيميا وقد يحصل انتفاخ الطحال كمسبة تدريجية بحيث لا يمكن
معرفة ابتداء تكونه أو انه يحصل على دفعات في أنفاسها يكون قسم الطحال
موتلا وقد يحصل حي عند المرضى وأما في الشكل اللينفاوى فان هذا المرض
يبدئ بانتفاخ في الغدد الليمفاوية الدائرية كالفرد اللينفاوية لاحدى
جوهى العنق أو الأبطون أو الأربيتين ومن هنا يمتد الى باقى الغدد الليمفاوية
وقد تصفى لنا من بعض المشاهدات الأكيدة حصول انتفاخ لطحال والغدد
اللينفاوية بجملة من السنين قبل أن يتضح تغير الدم وازدياد استواء الدم على
السكرات الأيسر يصير لون المرضى منتقعا أو ترابيا وحيث ان تناقص
السكرات الدموية الحرفى هذا المرض يكون أعظم منه مما فى الراجح العظيمة
من التوروز فالمرضى يصيرون فى الاسوال الوضعة من هذا المرض باهتا
كالتسرع ويكاد ينضم لذلك على الدوام ضيق فى النفس وعسر فيه وهذه
الظواهر لا يعرف سببها عند البحث عن الصدر وتوجه ولا بد بتناقص الكرات
الدموية الحرفى فانها هى التى بواسطتها يرد الاوكسجين الى جميع اصقاف
الجسم وان ارتقى تعدد الطحال الى درجة عظيمة جدا

ومجموع هذه الاعراض لا بد وان يقوى الظن بوجود الكيميا عند المرضى
ويبحث البحت عن الدم فان أخذ من المريض كمية قليلة من الدم وتركته
للاعتقاد شوهد بين الطبقة الغمامية الشحمية والباطنة الدموية الحمراء
بعض عقد او طبقة مقاسكة وخوة ذات لون سنجابي أو سنجابي عجم مشقة على
السكرات الدموية لبيض الخفيفة ثقيل وارج الدم المأخوذ وخطى عن
مادته لاقية وتزلزلهما للراحة فى انبوبة دقيقة وسبت الكرات الدموية
الحمر الثقيلة فى انقاع وبقيت الكرات الدموية البيض الخفيفة فى الجزء
المعلى من الانبوبة مكونة لطبقة قبيحة آبلنية وعندما يكون ازدياد الكرات

البيض عظيماً جداً يتضح لون الدم المستخرج بلونه الأحمر الباهت وعند وضع نقطة من الدم الليكيمي أسفل المكرو سكوب يشاهد ازدياد الكرات الدموية البيض بالنسبة التي تقدم ذكرها وقد يحصل عسر في التشخيص متى أمكن اثبات ازدياد الكرات الدموية البيض لكن ازدياد اقله لا كواحدة على خمسين أو على خمسة وعشرين مثلاً فان الواقع حيثئذ يكون اما عبارة عن ازدياد في الكرات الدموية البيض ازدياد وقتياً أو حاله ليكيمي غير متقدمة ففي مثل هذه الاحوال بوجود الليكيميا يتضح ثبوت ازدياد الكرات الدموية البيض ازدياداً مستقراً يرتقي الى درجة عظيمة مطاباً لازدياد تدريجي مستمر أيضاً في الاعضاء اللينفاوية كما ذكره (موسر) وعند وصول هذا المرض الى أشد درجاته يتحقق من وجود ورم عظيم من في الطحال بل والكبد يوجد حيثئذ تزايداً في الحجم وان كانت الغدد اللينفاوية مشتركة في الإصابة وجدت مكتونة لتعقدات عظيمة في العنق والابط والاربتين ويكون الجلد المغطى لهذا اللون طبيعي سهل الحركة ولذا كان من المهم للتمييز بين التهاب الغدد الليكيمي والخنزيري ان الاول يقل ويندميه للجبين والالتهاب والتقيح والانتفاخ مع خروج قرح غير جيد

و ينضم في غالب الاحوال للاعراض السابق ذكرها سو مقبنة توفى في فصل عند المرضى انزفة متكررة ودهولها يكون اما من القناة المعدية او في المنسوج النساوي تحت الجلد أو الرحم أو المسالك البولية أو الرئتين أو في الدماغ أحياناً وبهذه المضاعفة يسرع حصول الانتهاء الممزن فان المرضى اما أن تهلك فجأة بالسكتة الدماغية او انهم امن تكرار فقد الدموي بحيث انها تخطو وتملك باعراض النوبة والانيميا وان لم يطرأ سوء القنية التزيفي اكتسب المرض سيراً طبيعياً ماعدا الاحوال الاستثنائية فتستمر الحالة بسلامة من السنين والحى قد توجد وتفقد في الغالب قطرات في الابتداء امر كانت حمية ولربما كان ذلك في اثنا من الغدد اللينفاوية او ورم الطحال أو من مضاعفة التامية بريونية أو غير ذلك من الالتهابات وفي الانتهاء تصير الحمى مستمرة وتضطرب بهرق غزير

ومن الاوصاف الواضحة للبول ظهور الهيوس كساتين وازدياد حمض البوليك

منه لمدة من الجسم وأبتدى بالحقن بمقدار صغير بنحو نصف جرام حتى
يتحقق لي مقدار قوة الامتصاص وأتأدى في الحقن تحت الجلد كل يوم

• (المبحث الثاني) •

• (في الميلانيميا) (اعنى التلون الاسود للدم او الدم المسمر) •

(كيفية الظهور والاسباب) •

يوجد بالدم في أحوال الميلانيميا مادة ملونة حبيبية اما سائبة أو محاطة باخلية
أو يتعقدات رقيقة ولا شك ان هذه المادة الملونة آتية من المادة الملونة للدم
لكن لا تعلم في اى محل تتكون وبأى مؤثرات تحصل

ثم ان معظم المؤلفين يعتبر الطحال ينبوعاً أصلياً تتكون هذه المادة
في الميلانيميا وفي الواقع كثرة وجود الاخلية الصبغية في طحال الحيوانات
التي يعتبرها بعض المؤلفين حالة فسيولوجية وبعضهم حالة مرضية
وكذلك الامر المعلوم انه في هذا المرض يكاد يكون الطحال هو العضو
الوحيد المتراكم فيه هذه المادة يدل ويثبت ان هذه المادة الملونة
منشؤها الغالب في الطحال لكن هذا لا يثبت ان تكونها يكون في
الطحال على انفراد وانما لا تتكون في أعضاء أخرى وقد شرح
(فريركس) حالة من الميلانيميا لم يوجد فيها في الطحال مادة ملونة ويوجد
منها كمية عظيمة في الكبد بحيث انه اعتبر هذا العضو بورة تكون في هذه
الحالة

ويستدل ولابد من ظهور المادة الملونة في الدم على ثلاثى الكرات الدموية
الحمر وقداها سواء حصل ذلك في الطحال على انفراد أو في محال أخرى
أيضاً لجميع المشاهدات تثبت ان حصول ذلك يكون في الغالب بواسطة
التسمم الاجسامى ويظهر ان الاشكال الحقيقية والبسيطة من الحبيبات
المتقطعة لا ينتج عنها تكون المادة الملونة المسمر في الدم بالكلية او بكيفية
واحدة بعدد انما الاشكال النقية من هذا المرض يظهر انها تنتج فقط من
الحبيبات الاجسامية الخبيثة فان المشاهدات العديدة للأطباء المقيمين في البلاد
الحارة جدا فعات على التلون المسمر الذي كان للاعضاء المختلفة لاسيما الدماغ
الذى يوجد في جثة الهالكين بالحبيبات المترددة تقرب من العقل ان هذا الشكل

من التسمم الاتجاي يؤدي كذلك على الدوام أوقافه في الغالب الى حصول
 الميلانيميا ومن القريب للعقل ان تعدد الاوعية واتساعها وبطء سير التيار
 الدموي في الطحال المتعلّقة به في احوال الهيمات المتقطعة الخبيثة والحيات
 الاجامية المترددة للبلاد الحارة جد يرتقي الى درجة عظيمة جدا بحيث ان الدم
 يركد في الطحال ويستخرج من هذا زيادة عن ذلك ان الكرات الدموية الحمر
 تتلاشى في الدم الراكد وتفسد فيسكون من مادتها الملوثة (المعروفة
 بالهيماتين) مادة لونه متغيرة بجمّية كما يشاهد ذلك بكثرة في الدم الراكد
 بعد خروجه من أوعيته والذي ينافي توجيهه تكون المادة البجمّية من
 احوال ميّناكية فقط هو الامر المعلوم من انه في الهيمات المتقطعة انتفاخ
 الطحال وبطء التيار الدموي فيه قد يرتقي الى درجة عظيمة جدا بدون ظهور
 الميلانيميا وانه يمكن ذلك عند تشاهد الميلانيميا في احوال لا يكون انتفاخ
 الطحال فيها الا قليلا وحينئذ ينبغي القول بان تسمم الجسم بالمليازما الاتجاي
 له ولا بد ايضا تأثير مفسد في جسيمات الدم الحمر وان لم يكن هذا التأثير
 معاولا الى الآن وان هذا التأثير في بلادنا لا يحدث تشكروا فسادا
 في الكرات الدموية الحمر وتكون البجمّية من مادتها الملوثة الطبيعية الا
 بكيفية استثنائية بخلافه في البلاد الحارة جدا فانه يحدث ذلك غالبا وعلى
 الدوام في الهيمات التساطنة تسلطنا وطنيا في مائتك البقاع

ومن الامور السهلة التوجيه تبعا لمشاهدات (ورجوف) كون المادة
 البجمّية الوجودية في الدم لا تظهر فقط على شكل تحبيبات سائبة بل توجد
 كذلك في الاخلية التي لا لون لها فان المؤلف المذكور وشاهد عند حل
 الهيماتين في بلطة دموية بواسطة الماء ان الهيماتين يظهر غالبا متعلّقا
 بالجسيمات الدموية العديمة اللون ولذا يسوغ القول بان الهيماتين عند
 القسّاد العظيم للاخلية الدموية في الطحال ينضم الى الاخلية العديمة اللون
 لب الطيالي ويصل معها الى الدم وأصعب من ذلك في التوجيه البجمّية
 في الدم على شكل تعقدات او بلطة غير منتظمة ومن الجائز ان امسكونه من
 المادة الييفية الراسبة على التحبيبات الرفيعة الراوية لمادة بجمّية لكن
 أقرب من ذلك للعقل ان المادة التي تضم التحبيبات البجمّية الى بعضها

وتحيط به على هيئة حوية شفاقة ناشئة من المادة العنصرية الأولية
وهي الزلاية المتحدة بالمادة البيضاء في الاخيلة التي قدت وتلاشت
• (الصفات التشرهية) •

المادة البجمتية التي توجد في دم القلب والاوعية عند المصابين بالميلانيميا
تكون مسودة ومن التادر أن يوجدمع هذه المادة المسودة مادة مسجرة
أو صفراء مسجرة وهذه المادة عند معاملة بالمحوامض والقلويات الكاوية
تظهر فيها الصفة الخاصة بالمادة البجمتية المرضية كما قاله (ورجوف) وهي
ان المادة البجمتية الحديثة التكوين يتقنع لونها ثم تفسد بالكلية
بجذلاف المادة القديمة التكوين فانها تقاوم هذا التأثير زمانا طويلا
والتهيئات البجمتية الصغيرة يكون شكلها مستديرا غير منتظم ويكاد ينضم
منها على القوام عدد عظيم أو قليل بواسطة جوهرا لونه الى تعقدات
مستديرة أو مغزلية أو غير منتظمة كما شاهد ذلك (ميكل) الذي هو أول من
شاهد المادة البجمتية في الدم والخلايا المحتوية على المادة البجمتية تكون
تارة في عظم الجسيمات الدموية البيض وشكلها وتارة تكون أعظم منها ذات
شكل مغزلي وهذه الأخيرة تشابه الخلايا المغزلية التي توجد في لب الطحال
واعتمرها (كوليكر) انها طبقة بشرية لاوردة الطحال وزيادة عن هذه
الاشكال قد شاهد (فريركس) تعقدات أعظم من ذلك غير منتظمة الشكل
وتكونات اسطوانية يظهر انها منطبع الاوعية الرفيعة

ثم ان المادة البجمتية تصل مع الدم الى جميع أعضاء الجسم وبسبب تفاوت
تراكمها في الاوعية الشعرية فتحدث لونا متفاوتا لكثرة في المنسوجات
المتعلقة ومعظم هذه المادة يوجد بها الماذا كره (بلانز) و (فريركس)
في الطحال بحيث يصير لونه تريا سنجيا او مسودا غالبا

وزيادة عن ذلك توجد كمية عظيمة من المادة البجمتية في الكبد والدماغ
لاسما في جوهرة القشري فالكبد يظهر لونه غاليا سنجيا بالماذا مسودا
والجوهرة القشري من الدماغ يكون لونه كالون الشكولاتا والجرايفت
ولا يندر أن يشاهد تراكم بجمتي عظيم في الكلية بحيث ان جوهرة القشري
يكسب لونا سنجيا قطريا وقد تكون المادة البجمتية متراكمة بكمية عظيمة في

الاوعية الرئوية ولم تشاهد هذه المادّة في بكمية عظيمة في اوعية باقى
 المسوجات مطلقا ومع ذلك فكل من الجلد والاعشى الخاطبة والمسوج
 الخلوى والعقد الينقاوية يظهر تلوّنا سحيا كثيرا لوضوح اوقليه وقد عير
 (فريركس) عن الصفات التشريحية للميلانيا بعبارة وجيزة فقال انه
 فى الاشكال الواضحة لهذا المرض توجد المادّة البجمنية اياما وصل الدم
 وكما كانت الاوعية الشعرية دقيقة وتبب عن ذلك سهولة تشبث التعقدات
 البجمنية واحتباسها كان ذلك أكثر وأعظم

• (الاعراض والسير) •

كثيرا من احوال الميلانيا لا يفتح عنها اضطراب فى وظائف الاعضاء
 المشحونة بالمادّة البجمنية وتشاهد فى جثة الهالكين بتغيرات مرضية
 مختلفة فان أكثر من ثلث الاحوال التى شاهدناها (بلاز) كانت من هذا
 القبيل ومن جهة أخرى قد عير بعض المرضى بسرعة غالباً بظواهر دماغية
 ثقيلة وعند فتح جثثهم ترى فيهم علامات الميلانيا لاسيما تراكم المادّة
 البجمنية فى الاوعية الدماغية وانسكابات دموية صغيرة فى الدماغ فى آن
 واحد فكل من المشاهدات المعلومة سابقا من كثرة وجود المادّة البجمنية
 فى جوهر الدماغ عند الانخفاض الهالكين بمحيات متقطعة كوماوية
 والمشاهدات المقولة فى البلاد الحارة جدا التى اتضح منها التسلون
 المسرّع للدماغ عند الانخفاض الهالكين من الحيوان الالجابية المترددة
 الثقيلة بتلك البقاع أهيمية من منذ ما ثبت ان التسلون المسرّع للدماغ ناشئ
 عن تراكم المادّة البجمنية فى اوعيته وعار من التحريم للعقل ان انسداد
 الاوعية الدماغية (مع تمزق تابعى فى جسد الاوعية الشعرية أو بدونه) هو
 السبب فى حصول الظواهر الدماغية للاصابات الالجابية الثقيلة ولقد
 ظهر ان هذا رأى القائل به (ميكيل) صارتا بتا المشاهدات العديدة لكل من
 (بلاز) و (فريركس) فان كلام المؤلفين المذكورين شرح احوال امن
 الميلانيا ظهرت فيها عند المرضى اعراض دماغية ثقيلة كالآلام الشديدة
 فى الرأس والدوار والهذيان والتشنجات ولا سيما الكرام والاحوال التى
 شاهدناها (فريركس) حصلت جميعها فى اثنا تسلسل وبامن الحيات المتقطعة

الحيثية وأعقب أحوالاً من الحيات المتقطعة البسيطة ثم ظهر فيها سير غير منتظم منقطع أو متدرج في بعضها باستعمال المركبات الكينية فكانت صفتها المرضية كصفة الحيات المتقطعة الكوماوية أو الجنونية أو الصرعية أو السكتية ومع هذا اجتمع هناك اعتراضات قوية تنافي تعلق الظواهر الدماغية أقله القلق المستقر الملازم لها في الحيات الاجتماعية الحيثية بانسداد الأوعية الدماغية بواسطة الماداة الجينية فقد ذكر (فريركس) ما ينافي الارتباط السببي المذكور وهو أنه في كثير من الأحوال لا يمكن إثبات اضطراب دوري عظيم في الدماغ ولو كان متولوا باللون الاسمر وأنه مع وجود هذا اللون كثيراً ما لا تحصل ظواهر دماغية وأنه بالجملة كثير ما تشاهد ظواهر دماغية ثقيلة بدون أدنى تلون يجتمع في هذا العضو في ٢٨ حالة من الحيات المتقطعة الدماغية التي شاهدها (فريركس) فقد التاور المسهر للدماغ في ستة أحوال منها ويظهر لنا أنه من الأمور المهمة التي تنافي تعلق الاعراض الدماغية المذكورة بالانسداد الجيني للأوعية الدماغية هو الطرز النوبي لتلك الاعراض ونضاح معالجتها بالمركبات الكينية فينضج عما ذكر أنه لا يمكن قطع الحكم بالنسبة لدرجة عارضا الطيبة والحالة هذه على الارتباط السببي بين الميلانيميا واضطراب الوظائف الدماغية فن الجائر أن نسم الدم بالمازما الآجاي في الحيات المتقطعة الخيشية فيخرج عنه زيادة عن تراسكم الماداة الجينية في أوعية الدماغ اضطرابات دماغية غير متعلقة

وفي أحوال أخرى من الميلانيميا قد شاهد كل من (بلانز) و (فريركس) اضطراباً في وظائف الكلتيين فكان إفراز البول مقفوداً أحياناً وأحياناً ظهر فيها البول الزلالى وأخرى البول المعوى والاعتراضات التي ذكرت بالنسبة لتعلق الاضطرابات الدماغية بانسداد أوعية هذا العضو فقال أيضاً بالنسبة لتعلق وظائف الكلتيين بانسداد أوعيتهما وأقله التعلق المستقر الملازم لها فقد شاهد فريركس ظهور البول الزلالى بدون وجود مادة جينية في الكلى كما أنه شاهد عكس ذلك أعنى فقد البول الزلالى مع وجود مادة جينية في الكلى ولو بكمية قليلة كما أنه انضج له

عند وجود البول الزلالى ازدياد استواء البول على المادة الزلالية فى أثناء
 النوبة الحمية وتناقصه فى أثناء الفترة وزواله بالكلية وحسنه لا يشكران
 تسهم الدم بالمبالى بالاجامى ~~ب~~ كنهه احداث اضطراب فى تغذية الكلية
 ووظيفة ما بدون انسداد وعانى كما هو الواقع فيما يماثل هذا المرض من
 الامراض الميزانمائية

وبالجملة فقد شاهد (فرير كس) فى الميلا نيميا انزفقه عند يمينه كواسهالا
 غزيرا وانسكابا مصلحا را فى تجويف البريتون وانسكابات دموية
 فى الطبقة المصلية المعوية ومن البعيد لعقل نسبة تلك الظواهر الى
 انسداد او عية الكبد وركود الدم فى جذور الوريد الباب فان الكبد
 وان كان هو العضو الاكثر احتوا على المادة البجمتية بعد الطحال طبعا
 لجميع الاحوال التى شاهدها (فرير كس) الا ان هذه الظواهر التى ظهر انما
 ناتجة عن اضطراب دورى فى جذور الوريد الباب لم تكن قارة ولا كثيرة
 الحصول كالظواهر الدماغية وزيادة عن ذلك فان الانزفة المعوية التى
 شاهدها (فرير كس) فى ثلاثة احوال كان فيها قطع واضح واستعصت على
 جميع الوسائط العلاجية التى تقاوم بها الانزفة بدون واسطة وزالت
 باستعمال مقدار عظيم من الكينين ولذا ان (فرير كس) ينسب الموت فى أحد
 الاحوال الثلاثة المذكورة الى الاهمال فى استعمال الكينين

ثم انه بعد ذكر الاعتراضات التى قيل بها بالنسبة لتعلق الاعراض السابق
 ذكرها بالميلانيميا ونسبتها لها لم يبق علينا الا ذكر قليل من الظواهر التى نعلم مع
 التأكد انهم امثلة لملانيميا قديمة وليست نتيجة لاسطية للتسمم
 الاتجامى ومن ذلك التلون المسمر لجلد الناقم من كثرة تراكم المادة البجمتية
 فى او عيته ووجود المادة البجمتية فى الدم بواسطة المكروب وتلون
 الجلد فى الاحوال الحقيقية يكون سميا وسميا وسمرا مصفرا فى الاشكال
 النقية من هذا المرض فان وجود هذا التلون فى شخص كان معتريه منذ
 زمن كثير الطول او قبله حتى متقطعة شديدة مستعصية او انضغ ان الحى
 المتقطعة التى كانت اعترته حصلت فى زمن تسلطن وباء خبيث من هذا
 المرض واسكتت شكل المتقطعة العصبية جاز الطن القوى بوجود

الميلانيميا ووجب البحث حينئذ عن الدم بواسطة الميكروسكوب
 (العاجلة) *

أما الوسائط الوقائية والمعالجة السببية لهذا المرض فأنها تشغل على الوسائط
 التي ذكرناها في المعالجة الوقائية عند الكلام على معالجة الخبيثات المتقطعة
 الخبيثة

وأما علم ما تستدعيه المعالجة المؤسسية على طبيعة الميلانيميا فليس لنا قدرة
 عليه فإما لا نعرف وسائط علاجية بها يمكن تبعية المادة البجمينية من
 الدم

وأما المعالجة العرضية فنستدعي في الأحوال الحديثة استعمال المركبات
 الحديدية وتدبيراً غذائياً لا ثقافاً ثلاثي الكرات الدموية الجوفاء فسادها
 كما ينتج عنه الميلانيميا ينتج عنه أيضاً مفعلة خلوية في الدم كما تبين على ذلك
 (فريركس) وكثيراً ما تفقد الصفة الأخيرة فيما بعد مع بقاء الأولى وقد شاهدت
 حالة مضى فيها على المريض عدة أشهر حتى عادت له قوام مع استعمال

المركبات الحديدية استعمالاً مستمراً بحيث أمكنه التصدي

بجميع الأشغال الشاقة ولم يبق عنده أدنى تغير سوى التغير

الخاص بالجلد وبعد أن هلك بالتماب رتوى بعد

مضى حلة من السنين ظهر في جنته

علامته ولم يبق

الميلانيميا

تمت المقالة الثانية بعون الله تعالى ويليه المقالة الثالثة

5494
51A

